

The background of the cover is a vibrant orange-red color. It features a complex, three-dimensional geometric pattern of small, white, oval-shaped dots. These dots are arranged in a way that creates a strong sense of perspective, forming a series of parallel, slightly curved lines that recede into the distance, giving the impression of a tunnel or a series of overlapping planes. The overall effect is dynamic and modern.

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 41, NÚMERO 112  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2017  
ISSN 0103-1104

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa Isabela Soares Santos Liz Duque Magno Lucia Regina Fiorentino Souto Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda José Carvalho de Noronha

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha  
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues  
David Soeiro Barbosa  
Luísa Regina Pessôa  
Maria Gabriela Monteiro  
Nilton Pereira Júnior

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Cristiane Lopes Simão Lemos  
Grazielle Custódio David  
Helena Rodrigues Corrêa Filho  
Jairnilson Silva Paim  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Ligia Giovanella  
Nelson Rodrigues dos Santos  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Roberto Passos Nogueira  
Sarah Maria Escorel de Moraes  
Sonia Maria Fleury Teixeira

### SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

### 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

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



Apoio



## SAÚDE EM DEBATE

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

### EDITORA CIENTÍFICA | SCIENTIFIC EDITOR

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Amélia Cohn - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil  
Greice Maria de Souza Menezes - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil  
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha  
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil  
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Catalina Eibenschutz - Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México  
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil  
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália  
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México  
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra  
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil  
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina  
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica  
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil  
José da Rocha Carneiro - 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 Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil  
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil  
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Sulamís Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

### SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Luiza Nunes  
Mariana Acorse

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)  
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)  
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)  
Scientific Electronic Library Online (SciELO)  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)  
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 41, NÚMERO 112  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2017

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

5 EDITORIAL | EDITORIAL

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

13 **A revolta contra os pobres: saúde é para poucos**

*The revolt against the poor: health is for a few*

José Carvalho de Noronha, Gustavo Souto de Noronha, Ana Maria Costa

20 **Golpe contra a ética e o direito dos pacientes trabalhadores**

*Strike against the ethics and the right of working class patients*

Helena Rodrigues Corrêa Filho

ENSAIO | ESSAY

23 **Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições**

*Open Dialogue: the Finnish experience and its contributions*

Luciane Prado Kantorski, Mario Cardano

33 **Subsídios para a construção de projetos em pesquisa social: reflexões epistemológicas e metodológicas**

*Input and concepts for building social research projects: Reflections through epistemology and methodology*

Fernando Manuel Bessa Fernandes, Marcelo Rasga Moreira, Pablo Dias Fortes

49 **Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos e o linfoma não Hodgkin**

*Environmental and occupational exposure to pesticides and the non-Hodgkin lymphoma*

Vanessa Índio do Brasil da Costa, Márcia Sarpa de Campos de Mello, Karen Friedrich

63 **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**

*From the notion of social determination to one of social determinants of health*

Júlia Arêas Garbois, Francis Sodré, Maristela Dalbello-Araujo

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

77 **Explotación minera y sus impactos ambientales y en salud. El caso de Potosí en Bogotá**

*Mining and its health and environmental impacts. The case of Potosí in Bogotá*

Ángela Marcela La Rotta Latorre, Mauricio Hernando Torres Tovar

92 **Por que morreu VMS? Sentinelas do des-envolvimento sob o enfoque socioambiental crítico da determinação social da saúde**

*Why did VMS die? Sentinels of the de-velopment under the critical social environmental approach of the social determination of health*

Raquel Maria Rigotto, Ada Cristina Pontes Aguiar

110 **Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades**

*Career plans, positions and salaries in the scope of the Unified Health System: beyond the limits and testing possibilities*

Swheelen de Paula Vieira, Celia Regina Pierantoni, Carinne Magnago, Tania França, Rômulo Gonçalves de Miranda



- 
- 122 **Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho**  
*Public management models of Pernambuco Health Department: implications for labor management*  
Vanessa Gabrielle Diniz Santana, Pedro Miguel dos Santos Neto
- 133 **Bombeiros militares: um olhar sobre a saúde e violência relacionados com o trabalho**  
*Military firefighters: a gaze at the health and the violence related to work*  
Natália Teixeira Mata, Luiz Antonio de Almeida Pires, Renato José Bonfatti
- 142 **As condições de saúde dos trabalhadores a partir dos exames periódicos de saúde**  
*The health conditions of workers from periodic health examinations*  
Eliane de Assis Mendes, Liliane Reis Teixeira, Renato José Bonfatti
- 155 **Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**  
*Productive restructuring in health: performance and challenges of the Family Health Support Center*  
Mirvaine Panizzi, Josimari Telino de Lacerda, Sonia Natal, Túlio Batista Franco
- 171 **Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer**  
*Stress and quality of life of the family caregivers of elderly with Alzheimer's disease*  
Vanovya Alves Claudino Cesário, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Karolyny Alves Claudino
- 183 **Dor lombar, flexibilidade muscular e relação com o nível de atividade física de trabalhadores rurais**  
*Low back pain, muscle flexibility and relationship with the level of physical activity of rural workers*  
Marcia Regina da Silva, Fátima Ferretti, Junir Antonio Lutinski
- 195 **Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde**  
*Not always yes, not always no: encounters between workers and users at a health unit*  
Sonia Maria de Melo, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Rosemarie Andreazza
- 208 **Disseminação e uso dos resultados de pesquisas financiadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Brasil, 2004 a 2007**  
*Dissemination and use of the research results funded by the Department of Science, Technology and Strategic Inputs of the Ministry of Health, Brazil, 2004 to 2007*  
Daniela Alba Nickel, Sonia Natal, Ana Cláudia Figueiró, Marly Marques da Cruz, Zulmira Maria de Araújo Hartz
- 221 **Representações sociais de estudantes de escolas públicas sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids**  
*Social representations of public school students about people living with HIV/Aids*  
Rebeca Coelho de Moura Angelim, Verônica Mirelle Alves Oliveira Pereira, Daniela de Aquino Freire, Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão, Fátima Maria da Silva Abrão

- 
- 230 Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa**  
*Leprosy and Primary Health Care: program structure assessment*  
Gutemberg Santos de Sousa, Rodrigo Luis Ferreira da Silva, Marília Brasil Xavier
- 243 Centro de Trauma: modelo alternativo de atendimento às causas externas no estado do Rio de Janeiro**  
*Trauma Center: alternative model of trauma care in the state of Rio de Janeiro*  
Elvis da Silva Silveira, Gisele O'Dwyer
- 255 Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo**  
*Mental health, alcohol and other drugs, and child and adolescent policies in the Legislative*  
Daniel Adolpho Daltin Assis, Alyne Alvarez Silva, Ticiania Torres
- 273 Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**  
*Crazies, patients, users, experienced: the statute of the subjects in the context of the brazilian psychiatric reform*  
Ana Paula Müller de Andrade, Sônia Weidner Maluf
- 285 Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**  
*Harmful effects of the work process in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center*  
Kallen Dettmann Wandekoken, Maristela Dalbello-Araujo, Luiz Henrique Borges
- 298 A experiência de formação (em) comum de nutricionistas na Unifesp, campus Baixada Santista**  
*The training experience (in) common of nutritionists at Unifesp, Baixada Santista campus*  
Maria Fernanda Petroli Frutuoso, Virginia Junqueira, Ângela Aparecida Capozzolo
- REVISÃO | REVIEW**
- 311 Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual**  
*Systematic review of the literature on crack: analysis of its harmful use in the individual and contextual dimensions*  
Mirna Barros Teixeira, Elyne Montenegro Engstrom, José Mendes Ribeiro
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 331 Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência**  
*Street approach to people who use psychoactive substances: an experience report*  
Satila Evelyn Figueiredo de Souza, Cleiana Francisca Bezerra Mesquita, Fernando Sérgio Pereira de Sousa

# A saúde em tempos de golpe

---

**AO COMPLETAR UM ANO DO GOLPE ULTRALIBERAL** que destituiu o voto popular e conduziu à desmoralização política do Brasil, o que ressalta no cenário são o declínio da economia e o massacre dos direitos sociais com acirramento das desigualdades sociais.

A direita ultraliberal tem se alastrado no mundo e imposto aos países políticas de austeridade econômica com graves repercussões e consequências. Impondo poder e manipulando as classes políticas, os ultraliberais também usam a estratégia do *'think tank'*, organizações disseminadoras do ideário. América Latina e Brasil abrigam diversas dessas organizações com perfil de formuladoras, como o Instituto Millenium, ou voltadas à formação de lideranças e ativismo, como é o caso do Movimento Brasil Livre (MBL) que liderou as manifestações populares pró-golpe.

O termo ultraliberalismo é usado aqui para ressaltar a distinção do liberalismo que esteve na base dos estados keynesianos vinculados à matriz do bem-estar social do período entre guerras. O neoliberalismo cunhado nas últimas décadas do século vinte diz respeito ao esvaziamento das funções do Estado de suas obrigações com direitos sociais, com desregulamentação e livre mercado quando então a resistência à esquerda incorpora as bandeiras por proteção social e direitos sociais. O ultraliberalismo está associado à globalização financeira com supremacia e mando do sistema financeiro.

A direita ultraliberal nos EUA que retorna com Trump já havia mostrado sua face com Reagan, que radicalizou seu ideário promovendo o livre mercado, desregulamentação da economia, cortes de impostos e redução dos orçamentos dos programas sociais, excluindo o orçamento militar. Justamente são as multinacionais petroleiras e da indústria bélica as grandes financiadoras das organizações do *think tank*, e seus interesses estão associados diretamente às guerras e genocídios que o planeta estarrecido assiste no Oriente Médio. O expansionismo norte-americano tem a América Latina sob constante mira.

A cada dia, surgem mais evidências quanto à real natureza do golpe no Brasil que instituiu grupos de poder – mesmo que descartáveis ao longo do processo – a serviço do sistema financeiro apátrida. Esse projeto mobilizou setores nacionais que, ainda que de forma secundária, são beneficiados pelo corolário do golpe. Contudo é o povo a sua grande vítima.

Os que patrocinaram o golpe manipularam os três poderes, desde os operadores do Judiciário à classe política aliando a mídia e parcela da população incomodada pelo pouco que a sociedade brasileira se moveu nos chamados governos populares. Mesmo sem barrar os interesses do liberalismo e do capital, tais governos sustentaram projetos políticos que, com todas as suas insuficiências e fragilidades, apresentavam intenções e compromissos com equidade e justiça social. Com a democracia, foi derrotado um ciclo que, mesmo ambíguo no segundo mandato Dilma, mostrou-se incompatível à radicalização vigente na globalização financeira

Está claro que a ascensão ao poder do grupo que executou o golpe seguiu a arquitetura e comando dos banqueiros, rentistas e das grandes multinacionais. São os que hoje auferem para si os maiores lucros e vantagens. Nessa hierarquia de poder, outros grupos econômicos hoje tensionam o cenário político por seus interesses específicos, ameaçados pela voracidade dos ultraliberais do sistema financeiro.

E o que o sistema financeiro está levando? O Banco Central anuncia em seu Relatório Mensal sobre a Política Fiscal que, em fevereiro de 2017, o valor dos juros pagos pelo governo atingiu o montante de 30,7 bilhões que, extrapolado aos últimos 12 meses, acumularia um pagamento de 388 bilhões pelo cardápio amplo de transações de títulos da dívida pública.

Vale mencionar que, desde os tempos do Plano Real, em 1994, o sistema financeiro vem contando com a fidelidade ao compromisso de todos os governos que mantiveram nos seus respectivos orçamentos o chamado superávit primário, que garante o pagamento de juros da dívida pública. Na prática, esse superávit refere-se ao que é subtraído dos gastos primários dos governos com saúde, educação e outras obrigações constitucionais.

A existência de um 'sistema da dívida' é hoje um consenso no qual ocorre sistematicamente desvio de recursos públicos em direção ao sistema financeiro. Trata-se de um perverso ciclo de corrupção oficializado e manipulado por grandes bancos, exclusivos beneficiários do esquema.

Os juros dessa dívida não param de crescer levando quase metade do Orçamento, sem contrapartida real e sem transparência quanto ao destino e forma de aplicação desse dinheiro. O que é certo é que não retorna em benefícios para o povo.

As políticas econômicas baseadas no ajuste fiscal, maquiadas sob o conceito da austeridade, têm como objetivo reduzir a relação dívida pública com o Produto Interno Bruto (PIB) por meio do congelamento das despesas primárias justamente para produzir volume crescente de superávit primário destinado ao pagamento dos encargos financeiros da dívida interna, ou seja, amortização, mas, sobretudo, juros. Experiências em outros países que, falidos, aplicaram política de austeridade tiveram prolongamento da recessão uma vez que economia e arrecadação não crescem.

Ha uma relação direta entre produção de superávit primário e redução do investimento público. Isso significa que a sociedade que paga os tributos que compõem o orçamento e que deveria receber o retorno sob a forma de bens e serviços públicos para a qualidade de vida está sendo saqueada. Assim, fica explícito que os gastos primários estão abaixo das receitas primárias, e isso significa dizer que o Brasil está gastando muito pouco nas políticas públicas que garantem direitos sociais previstos na Constituição Federal.

A grave crise contemporânea é mais uma que o capitalismo cria, alimenta e acumula para se fortalecer. O Brasil vive uma profunda recessão, com altas taxas de desemprego, juros elevados e redução do poder de compra do salário mínimo. Quando a população é submetida às consequências da queda do consumo e das condições de sobrevivência, o papel esperado do Estado seria o de proteger os seus cidadãos, o que implicaria ampliar investimentos públicos, produzindo empregos e ampliando políticas sociais com estancamento da sangria dos juros da dívida.

Entretanto, a política econômica vigente prioriza o sistema financeiro mantendo suas garantias preservadas, mesmo considerando a profunda recessão que o País está mergulhado e as enormes necessidades do povo.

O governo, sob o jugo do sistema financeiro, promove os cortes de gastos públicos incidindo na retração das políticas sociais. A política econômica praticada radicalizou no estabelecimento da meta do superávit primário a partir de cortes de verbas públicas e contingenciando o orçamento nas áreas sociais.

A austeridade é celebrada pela grande mídia como se fosse destinada a estancar a ganância do governo além de plantar a falsa ideia de combate à corrupção associada à gestão das verbas públicas. Essa mesma mídia que corrompe a informação, omite à sociedade as consequências do sacrifício do financiamento das políticas sociais para bem-estar cotidiano das pessoas. Assim, submete a opinião pública a valorar o cumprimento das obrigações de pagamentos de juros da dívida pública do País impostas por seu algoz, o sistema financeiro.



Na vida real das pessoas, a saúde está entre as primeiras queixas da população manifestando as consequências dos sucessivos cortes ao seu financiamento. É preciso reafirmar que o nível de investimento em saúde é insuficiente, seja comparando com outras experiências internacionais, seja observando o gasto privado *per capita* e a renda média brasileira.

O subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) tem impedido a consecução de seus objetivos e princípios constitucionais. A falsa polêmica frequente nas declarações do atual ministro da saúde relativiza a falta de recursos financeiros para depositar as responsabilidades das mazelas do SUS a problemas da gestão. Essa falácia exige reafirmar que a ausência de financiamento suficiente pode ser responsável, inclusive, pelos conhecidos e reais problemas de gestão presentes no SUS.

Para além da condição crônica de subfinanciado, o futuro próximo do SUS já está sob as sombras da Emenda Constitucional (EC) 95, que estabelece teto para os gastos públicos sem afetar a polpuda fatia do Orçamento destinada ao superávit primário. Na prática, significa a impossibilidade de o SUS cumprir seus desígnios constitucionais para garantia da saúde como direito universal. Estima-se que a aplicação dessa EC retira do SUS aproximadamente R\$ 400 bilhões em 20 anos se for considerado o crescimento anual do PIB a 2,0% e a taxa de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) em 4,5%.

Apesar do PIB setorial da saúde ter aumentado nos últimos anos, esse crescimento não ocorreu às custas do gasto público que contribui com menos de 50% sobre o seu percentual. As famílias estão gastando mais que o Estado para cuidados da saúde. O que é fato é que o atendimento universal e de qualidade que a Constituição promete e que a população espera exigiria um maior comparecimento do gasto público, hoje abaixo de países em condição econômica pior e que não dispõem de sistemas universais nos moldes do SUS.

Outro aspecto relevante é a queda da participação federal no financiamento do SUS ocorrida nos últimos 25 anos, que não acompanhou o crescimento observado nos investimentos municipal e estadual, reais responsáveis pelo aumento do gasto público total em saúde nesse período.

Não se trata aqui de desconsiderar a importância da melhoria da qualidade e da lisura com os gastos e a gestão da saúde, mas insistir quanto à necessidade de mais recursos, especialmente na conjuntura atual de desemprego massivo que remete ao SUS um importante contingente populacional antes vinculado a planos de saúde associado ao vínculo do emprego.

O governo tem fortalecido o mercado dos planos privados de saúde que já contam com crescentes subsídios fiscais e na prática não oferecem o que prometem na venda além de expulsarem os grupos populacionais mais vulneráveis e necessitados de assistência médica. São empresas movidas pelo risco e pelo lucro, tal como qualquer outra do ramo das seguradoras.

Grandes financiadoras de campanhas eleitorais, as empresas de seguros e planos de saúde recebem o retorno do que investiram no golpe à democracia com a proposta atual de criação de planos privados ‘populares’ ou ‘acessíveis’, diga-se, desregulados e limitados em termos de cobertura de serviços. Está para ser escancarado e chancelado pelo governo um estelionato oficial dos planos populares às classes média e pobre.

É o projeto ultraliberal que organizações *think tanks* já vêm disseminando e infiltrando em diversos países e organismos internacionais que foi denominado Cobertura Universal, distorcendo maliciosamente um conceito caro e virtuoso da saúde. Esse projeto para sistemas de saúde é fundamentado no subsídio público e na compra de serviços do mercado para ações de saúde parciais, está bem distante da garantia de direitos, mais se prestando à fragmentação e financeirização da assistência à saúde.

Não menos importante e preocupante é a reforma da Previdência Social prevista no Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 283 que parece fomentar o desejo pela sua implosão. De

um Sistema de Seguridade Social contributivo e solidário, o Brasil pode passar ao regime de previdência privada como alternativa única que restará aos trabalhadores. O argumento do desequilíbrio das contas públicas não se sustenta nem mesmo se fosse comprovado o déficit. Essa retórica oferecida cotidianamente pelos noticiários da mídia subserviente amortece consciências e conduz à desconstrução da Previdência. Mais um sentido para o golpe, pois somente em situações políticas tão impositivas, beirando aos regimes de exceção, é possível promover mudanças tão radicalmente desfavoráveis ao povo e às classes trabalhadoras.

O discurso da inevitabilidade da reforma da Previdência Social é falacioso não apenas do ponto de vista fiscal por ausência de riscos de explosão da necessidade de financiamento como também pelo lado de que a necessidade de financiamento gere impacto no déficit público. Estimulo pela ampliação da entrada no sistema ou melhoria dos seus mecanismos de gestão constituem medidas necessárias ao aperfeiçoamento da Previdência. Ao lado dessas medidas, uma reforma deveria prioritariamente garantir destinação constitucional dos recursos da seguridade social, eliminar a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e saldar a contas dos grandes devedores que há décadas caloteiam a Previdência protegidos pela vista grossa de governos.

Concluindo, é importante reafirmar a necessidade do financiamento estável e adequado como condição imprescindível à consolidação do direito universal à saúde e do SUS admitindo que a forma como tem sido tratada a questão tem ficado restrita a uma visão setorial. A proposta constitucional que vincula o financiamento do SUS ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) precisa ser retomada. Como bem demonstrado por diversos estudos, esse orçamento é superavitário desde a sua origem, crescendo sempre acima do PIB que é vulnerável aos ciclos da economia. Lembrando ainda que um grande avanço da Constituição foi a definição das múltiplas fontes de financiamento para o OSS incluindo as contribuições sobre o capital, ou seja, o lucro e faturamento das empresas, e não apenas sobre o trabalho e do caráter contributivo fiscal. A Carta também propôs que o financiamento da saúde e do SUS integrasse o OSS.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) tem registrado nas suas teses e posicionamentos que as soluções para o financiamento do SUS têm sido paliativas, insuficientes e instáveis. O Movimento da Reforma Sanitária carrega 30 anos de consternações com os seguidos desastres e consequências do subfinanciamento, acoplados à construção de um sistema cada vez menos público, único e não universalista distanciado da base constitucional dos direitos de cidadania.

Talvez seja o momento para que o Cebes retome a defesa da garantia do percentual da seguridade. Essa tese foi abandonada desde os anos 1990 quando o setor saúde perdeu recursos da seguridade, provocando a brutal queda em termos reais do orçamento da saúde, que passou a contar apenas com fontes setoriais, vulneráveis às crises e políticas econômicas e à entrada e saída de novos tributos, como foi o caso da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

A resistência às reformas da Previdência é também momento oportuno para retomar essa proposta e, quem sabe, por esse caminho, refundar a unificação e o fortalecimento das lutas integradas da saúde, da Previdência e da assistência social, hoje fragmentadas. A crise política e o comando dos retrocessos dos direitos sociais exigem unidade para o seu enfrentamento assim como no combate aos subsídios públicos concedidos aos planos e seguros privados, a presença do capital estrangeiro, a reforma trabalhista e a terceirização do trabalho, todas estas condições convergentes para a piora da qualidade e crescente precarização dos serviços de saúde.

*Ana Maria Costa*

*Diretora do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e editora associada da Saúde em Debate*

# Health in Times of Coup

---

**ON THE ANNIVERSARY OF THE ULTRALIBERAL COUP** that sacked the popular vote and led to the political demoralization of Brazil, what stands out in the scenario are the decline of the economy and the massacre of social rights with intensification of social inequalities.

The ultraliberal right has spread around the world and imposed on countries policies of economic austerity with severe repercussions and consequences. Imposing power and manipulating the political classes, the ultraliberals also use think tank strategy, organizations which disseminate the ideology. Latin America and Brazil are home to a number of those organizations with formulators profile, such as the Millennium Institute, or focused on leadership and activism, such as the Free Brazil Movement (MBL), which led the popular pro-coup manifestations.

The term ultraliberalism is used here to emphasize the distinction from the liberalism that was at the base of the Keynesian states linked to the matrix of social welfare of the inter-war period. The neoliberalism coined in the last decades of the twentieth century refers to the emptying of State functions from their obligations to social rights, with deregulation and free market while the resistance to the left incorporates the flags for social protection and social rights. Ultraliberalism is associated with financial globalization with supremacy and command of the financial system.

The ultraliberal right in the US which comes back with Trump had already shown its face with Reagan, who radicalized his ideas by promoting free market, deregulation of the economy, tax cuts, and cuts in social program budgets, excluding the military budget. It is precisely the oil supermajors and the war industry that are the big funders of think tank organizations, and their interests are directly associated with the wars and genocides that the planet witnesses terrified in the Middle East. The expansionism of the US has Latin America constantly in sight.

Each day, more and more evidence emerges as to the real nature of the coup in Brazil, which instituted groups of power – even if they turn to be disposable throughout the process – at the service of the stateless financial system. That project mobilized national sectors that, although in a secondary way, benefit from the corollary of the coup. Yet, it is the people who are its great victims.

Those who sponsored the coup have manipulated the three powers, from the Judiciary operators to the political class, allying the media and a portion of the population who was bothered by the little that Brazilian society has moved in the so-called popular governments. Even without prejudice to the interests of liberalism and the capital, those governments supported political projects that, with all their weaknesses and frailties, presented intentions and commitments with equity and social justice. With democracy, a cycle was defeated which, even with ambiguity in Dilma's second term, proved to be incompatible with the current radicalization of the financial globalization.

It is clear that the rise to power of the group that carried out the coup followed the architecture and command of the bankers, rentiers and the big multinationals. They are the ones who now reap the greatest profits and advantages for themselves. In this hierarchy of power, other economic groups today stress the political scenario for their specific interests, threatened by the voracity of the ultraliberals of the financial system.

And what is the financial system taking? The Central Bank announces in its Monthly Report on Fiscal Policy that in February 2017, the amount of interest paid by the government reached the total of 30.7 billion which, extrapolated over the last 12 months, would accumulate a payment of 388 billion for the wide menu of public debt securities transactions.

It is worth mentioning that, since the time of the Real Plan in 1994, the financial system has relied on the loyalty to the commitment of all the governments that have maintained in their respective budgets the so-called primary surplus, which guarantees the payment of interest on the public debt. In practice, this surplus refers to what is subtracted from government primary spending on health, education and other constitutional obligations.

The existence of a 'debt system' is now a consensus in which there is a systematic deviation of public resources towards the financial system. It is a perverse cycle of corruption made official and manipulated by large banks, the exclusive beneficiaries of the scheme.

The interest on such debt does not stop growing, taking almost half of the Budget, with no real counterpart and no transparency as to the destination and form of application of that money. What is certain is that it does not return in the form of benefits to the people.

Economic policies based on fiscal adjustment, masked under the concept of austerity, aim to reduce the ratio of public debt to Gross Domestic Product (GDP) through the freezing of primary expenditures precisely to produce a growing volume of primary surplus destined to the payment of the internal debt, that is, amortization, but above all, interest. Experiences in other countries which, broken, applied austerity policies and faced prolongation of the recession, since economy and collections do not grow.

There is a direct relationship between production of primary surplus and reduction of public investment. This means that a society that pays the taxes that make up the budget and that should receive the return in the form of public goods and services for a quality of life is being looted. Thus, it is evident that primary expenditures are below primary revenues, which is to say that Brazil is spending very little on the public policies that guarantee social rights provided by the Federal Constitution.

The severe contemporary crisis is yet another one that capitalism creates, feeds and accumulates to strengthen itself. Brazil is experiencing a profound recession, with high rates of unemployment, high interest rates and reduction in the purchasing power of the minimum wage. When the population is submitted to the consequences of the drop in consumption and conditions of survival, the expected role of the State would be that of protecting its citizens, which would imply expanding public investments, producing jobs and expanding social policies with the staunching of the bleeding of debt interest.

However, a current economic policy prioritizes the financial system keeping its guarantees preserved, even considering the deep recession in which the country is plunged and how huge people's needs are.

The government, under the yoke of the financial system, promotes cuts in public spending by reducing social policies. The economic policy practiced has radicalized in the establishment of the primary surplus goal from cuts in the public fund and impounding the budget in the social areas

Austerity is celebrated by the mass media as if it were meant to stall government spending, as well as to plant the false idea of fighting corruption associated with the management of public funds. This same media that corrupts information omits to society the consequences of sacrificing the financing of social policies for people's daily well-being. Thus, it subjects public opinion to valuing the fulfillment of the obligations of payments of interest of the public debt of the Country imposed by its tormentor, the financial system.

In people's real lives, health is among the first complaints of the population expressing the

consequences of successive cuts to its funding. It is necessary to reaffirm that the level of investment in health is insufficient, whether comparing it with other international experiences, or observing private expenditure per capita and the Brazilian average income.

The chronic underfunding of the Unified Health System (SUS) has been preventing the achievement of its constitutional objectives and principles. The false polemic frequently expressed in the statements of the current health minister relativizes the lack of financial resources to place the responsibilities of the SUS problems on management issues. This fallacy requires that we reaffirm that the absence of financing may even be responsible for the known and real problems of management in the SUS.

In addition to the chronic condition of underfunding, the near future of the SUS is already under the shadows of the Constitutional Amendment (CA) 95, which sets the ceiling for public expenditure without affecting the juicy share of the Budget destined to the primary surplus. In practice, it means that it is impossible for the SUS to fulfill its constitutional designations to guarantee health as a universal right. It is estimated that the application of this CA removes from the SUS approximately R\$ 400 billion in 20 years if annual GDP growth is considered at 2.0% and the National Consumer Price Index (IPCA) in 4,5%.

Although the sectoral GDP of health has increased in recent years, that growth did not occur at the expense of the public spending which contributes with less than 50% over its percentage. Families are spending more than the State for health care. What is certain is that universal and quality care that the Constitution promises and that the population expects would require a greater attendance of public spending, today below countries in a worse economic condition and that do not have universal systems in the mold of SUS.

Another relevant aspect is the decrease of the federal participation in the SUS financing that occurred in the last 25 years, which did not accompany the growth observed in municipal and state investments, the real responsables for the increase in total public health expenditure in that period.

It is not a matter of disregarding here the importance of the improvement of quality and the candor with health spendings and management, but insisting on the need for more resources, especially in the current scenario of massive unemployment that remits to the SUS an important contingent of the population previously related to health insurance plans associated with employment relationships.

The government has been strengthening the market of private health plans that already have increasing fiscal subsidies and in practice do not offer what they promise in the sale, besides expelling the population groups most vulnerable and in need of medical assistance. They are companies driven by risk and profit, just like any other in the insurance business.

Major electoral campaign funders, insurance companies and health plans receive the return of what they invested in the coup to democracy with the current proposal to create 'popular' or 'affordable' private plans, that is, deregulated and limited in terms of service coverage. It is about to be wide opened and cancelled by the government an official larceny of the popular plans to the middle and poor classes.

It is the ultraliberal project that think tanks organizations have already been disseminating and infiltrating in several countries and international organizations that has been denominated Universal Coverage, maliciously distorting a dear and virtuous concept of health. This project for health systems is based on public subsidy and on the purchase of market services for partial health actions, is very far from guaranteeing rights, lending itself to the fragmentation and financialization of health care.

Not less important and worrying is the Social Security reform envisaged in the Constitutional Amendment Proposal (PEC) 283 which seems to foment the desire for its implosion. From



a contributory and solidary Social Security System, Brazil may pass to the private pension scheme as a single alternative that will remain for the workers. The argument of the imbalance of the public accounts can not be sustained even if the deficit were proved. This rhetoric offered on a daily basis by subservient news media dampens consciousness and leads to the deconstruction of Social Security. One more reason for the coup, for it is only in such imposing political situations, bordering on regimes of exception, that it is possible to bring about changes so radically unfavorable to the people and to the working classes.

The discourse of the inevitability of the Social Security reform is fallacious not only from the fiscal point of view due to the absence of risks of an explosion in the need for financing, but also because the need for financing has an impact on the public deficit. Stimulus for the expansion of the entrance in the system or improvement of its management mechanisms are measures necessary for the improvement of Social Security. Alongside those measures, a reform should primarily guarantee constitutional allocation of social security resources, eliminate Union Revenue Unbundling (DRU), and pay off the accounts of the large debtors who have been defaulting the Social Security for decades protected by overlooking of governments.

In conclusion, it is important to reaffirm the need for stable and adequate financing as an essential condition for the consolidation of the universal right to health and the SUS, admitting that the way the issue has been addressed has been restricted to a sectoral view. The Constitutional Proposal that links the funding of the SUS to the Social Security Budget (OSS) must be retaken. As it has been well demonstrated by several studies, this budget has surplus since its origin, always rising above the GDP that is vulnerable to the cycles of the economy. Let us remember that another great advancement of the Constitution was the definition of the multiple sources of funding for the OSS, including contributions on capital, that is, corporate profits and revenues, and not just on labor and tax contributions. The Charter also proposed that health financing and the SUS integrate the OSS.

The Brazilian Center for Health Studies (Cebes) has registered in its theses and positions that the solutions for the financing of the SUS have been palliative, insufficient and unstable. The Sanitary Reform Movement has had 30 years of dismay over the ensuing disasters and consequences of underfunding coupled with the construction of a system that is increasingly less public, unified and non-universalist, distanced from the constitutional basis of citizenship rights.

Perhaps it is time for the Cebes to resume the defense of the security percentage. Such thesis has been abandoned since the 1990s when the health sector lost security resources, causing the brutal fall in real terms of the health budget, which started to rely only on sectoral sources, vulnerable to economic crises and policies, and to the entry and exit of new taxes, as was the case of the Provisional Contribution on Financial Transactions (CPMF).

Resistance to Social Security reforms is also an opportune moment to return to that proposal and, perhaps, through this path, to refund the unification and the strengthening of the integrated fights of health, Social Security and social assistance, which are now fragmented. The political crisis and the control of the setbacks of social rights demand unity for their confrontation as well as in the battle against public subsidies granted to private plans and insurance, the presence of foreign capital, the labor reform and the outsourcing of labor, all of these converging conditions for the worsening of quality and the growing precariousness of health services.

*Ana Maria Costa*

*Director of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and associate editor of Saúde em Debate*

# A revolta contra os pobres: saúde é para poucos\*

*The revolt against the poor: health is for a few*

José Carvalho de Noronha<sup>1</sup>, Gustavo Souto de Noronha<sup>2</sup>, Ana Maria Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Laboratório de Informações em Saúde (LIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [noronhajc@gmail.com](mailto:noronhajc@gmail.com)

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [noronha.gustavo@gmail.com](mailto:noronha.gustavo@gmail.com)

<sup>3</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasília. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com)

\* Partes deste artigo foram publicadas em: NORONHA, J. C.; NORONHA, G. S.; COSTA, A. M. A revolta contra os pobres: o desmonte do SUS fomentado pelo atual governo trará custos sociais elevados a muito curto prazo. *Brasileiros*, São Paulo, fev. 2017. Disponível em: <<http://brasileiros.com.br/2017/02/a-revolta-contra-os-pobres-sem-saude-e-direitos/>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

Cerca de 60 mil brasileiros e brasileiras foram assassinados em 2016. Nos últimos 10 anos, essa cifra equivale a mais de meio milhão de vítimas, número equivalente às vítimas da Guerra do Iraque. A maior parte delas jovens, pobres, pardas ou negras e vivendo em periferias urbanas. Uma cifra um pouco menor correspondeu às crianças menores de 4 anos que morreram de causas evitáveis. Um morador de Alagoas vive em média quase 8 anos menos que quem vive em Santa Catarina (BRASIL, 2017). No Rio de Janeiro, quem nasce na Cidade de Deus, região contígua à Barra da Tijuca, tem uma probabilidade seis vezes menor de comemorar seu primeiro aniversário comparado com seu vizinho (RIO DE JANEIRO, 2017). Não custa recordar que o Brasil, nona maior economia do mundo, em 2015, ocupava o 12º lugar entre os países mais desiguais do planeta (THE WORLD BANK, 2017).

Levantamento recente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a partir de dados do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), revelou que 71.440 declarantes com renda superior a 160 salários mínimos (0,3% das pessoas que prestaram informações à Receita Federal) detinham 23% do patrimônio líquido total declarado e 14% da renda total (GOBETTI; ORAIR, 2016).

No que diz respeito aos cuidados de saúde, essa brutal estratificação social se repete. Dos 200 milhões de brasileiros, um quarto está coberto por planos de saúde. Como seria de esperar, as classes de maior renda apresentam maior cobertura do que as de menor renda. Entre os que ganham mais de 20 salários mínimos mensais, a cobertura alcança mais de 80%. A maior parte dos planos é contratada por empregadores. A contribuição patronal evidentemente é repassada ao preço final do produto ou serviço e, portanto, paga pelo consumidor final, e tampouco, por ser benefício, não é tributada como rendimento pelo trabalhador. A parte paga por este, bem como para os planos contratados diretamente pelos indivíduos, é deduzida da renda bruta para efeitos de tributação. Há, portanto, simultaneamente, uma renúncia de arrecadação e um ‘imposto’ ao consumo oculto. Para que se tenha uma ideia do tamanho dos benefícios, a receita total das operadoras de planos de saúde, em 2015, foi de R\$ 143 bilhões (BRASIL, 2017), 1,4 vez superior ao orçamento executado pelo Ministério da Saúde.

Os valores pagos pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores também são fortemente estratificados. Por exemplo, o valor médio pago por episódio de internação é cinco vezes superior aos que o SUS paga. Contudo os planos para as classes de renda maior chegam a pagar três vezes mais que a média dos planos e dezoito vezes mais que o Sistema Único de Saúde (SUS) (ANS, 2017). As diferenças de hotelaria não justificam tamanha discrepância. É impossível imaginar que se preste o mesmo cuidado necessário nos hospitais de ponta de São Paulo e em um hospital de Serra Talhada em Pernambuco ou mesmo de Teresina.

Já não é de hoje que se ouve a ladainha que se gasta muito em saúde por mais que se repita à náusea que o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* não é do tamanho dos países desenvolvidos além da forte desigualdade de renda, riqueza e acesso a bens e serviços. Esquecem ainda que o gasto em saúde não diminui no longo prazo: uma pessoa que morre aos 65 anos, por infarto agudo do miocárdio, por exemplo, consome bem menos serviços e produtos de saúde do que se sobreviver ao infarto e vier a falecer de câncer aos 90 anos. O debate sobre o financiamento da saúde deve partir, portanto, da premissa de que quanto mais saúde um povo tem, mais assistência médica ele precisa. Como corolário, quanto maior o gasto em saúde hoje, maior ele será amanhã. As medidas preventivas são necessárias e boas porque permitem viver mais e melhor, não porque barateiam os gastos globais do sistema. Além disso, com a mudança do perfil demográfico, a previsão é de que as necessidades de financiamento de cuidados de saúde necessitariam de um aporte adicional de cerca de 37% nos próximos 20 anos (BRASIL, 2017).

Parece, todavia, que as elites são insaciáveis. Não faz muito tempo, davam-se alguns míseros passos para reduzir essas diferenças. O máximo que a coalizão política liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) fez, desde que assumiu o governo em 2003, foi implementar fortes políticas de transferência de renda e valorização do salário mínimo, mas sem reformas estruturantes. Desse modo, os governos do PT introduziram o melhorismo que, embora insuficiente, propiciou um salto de qualidade nas condições de vida da maioria dos trabalhadores do Brasil. Entretanto, essa tímida melhora se esvai com a invasão bárbara capitaneada pelas hostes golpistas.

No dia 13 de dezembro de 2016, em uma espécie de comemoração macabra do 48º aniversário do Ato Institucional nº 5 que institucionalizou o golpe dentro do golpe militar de 1964, o Senado Federal aprovou, em segunda votação, uma emenda à

Constituição de 1988, congelando os gastos chamados ‘primários’ do governo federal por 20 anos (BRASIL, 2016B).

Enquanto os gastos com a dívida pública seguirão sem limites, os dispêndios com saúde, educação, previdência e assistência social, infraestrutura, defesa, cultura e todas as demais despesas da gestão pública serão corrigidas apenas pela inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Os juros e encargos da dívida consumiram, até 19 de dezembro de 2016, de acordo com o jurômetro da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), quase R\$ 400 bilhões ao longo do ano (FIESP; CIESP, 2016) – uma fatia maior que os orçamentos da educação, saúde, defesa e desenvolvimento social somados (BRASIL, 2016A).

Isso decorre de uma verdade imposta no debate econômico brasileiro, não tanto pelo consenso entre as mais diversas escolas de economia do País, mas pela força política de seus defensores que lhes garante voz única nos noticiários dos principais grupos de mídia. Inventam uma crise fiscal e tentam convencer de que uma economia nacional de uma nação emissora de sua própria moeda, com território continental, deve-se ater às mesmas curvas de restrição orçamentária de uma família ou de uma firma.

Alegam um endividamento insustentável que inclusive corroboraria a estratosférica taxa de juros. Desconsideram exemplos como o do Japão que possui justamente a maior relação dívida/PIB do mundo (TRADING ECONOMICS, 2016A) e a menor taxa de juros do planeta (TRADING ECONOMICS, 2016B). Sustentam que o endividamento em cerca de 70% do PIB comprometeria o crescimento econômico. Não contam que não apenas o estudo (de Reinhart e Rogoff) que sustentava essa retórica demonstrou-se um dos grandes erros da economia moderna. Ainda que se considerassem válidas as conclusões do estudo, o patamar de endividamento não alcança o limite no qual haveria impacto negativo no crescimento (CASSIDY, 2013; O'BRIEN, 2013; HERNDON ET AL., 2013).

Até a crise de 2008, todos aqueles que criticavam as verdades estabelecidas no paradigma dominante na macroeconomia eram vistos com bastante desconfiança. Desde então, sucessivas autocríticas têm sido feitas por economistas do chamado *mainstream* econômico. Autocríticas estas que são propositalmente ignoradas pelos economistas ouvidos pela mídia no Brasil.

Nesse sentido, contribui para o debate a leitura do texto de Paul Romer (2016) 'The Trouble With Macroeconomics'. Nele, o autor argumenta que a falta de espírito científico dos economistas fez com que um macroeconomista médio de hoje saiba menos que seu equivalente de 30 anos atrás.

Romer coloca nesse texto algumas questões que deveriam fazer refletir: o problema não seria o fato de os macroeconomistas dizerem coisas inconsistentes com os fatos, o verdadeiro problema seria que outros economistas não se importariam de os macroeconomistas não se preocuparem com os fatos. Nas palavras de Romer (2016, p. 22), em tradução livre: "uma tolerância indiferente ao erro óbvio é ainda mais corrosiva para a ciência do que a defesa comprometida do erro".

Ele prossegue afirmando que a ciência e o espírito da iluminação são as realizações humanas mais importantes e que importam mais do que os sentimentos de qualquer um. Romer (2016, p. 22) coloca, mais uma vez em tradução livre:

Você não pode compartilhar meu compromisso com a ciência, mas pergunte a si mesmo: Você quer que seu filho seja tratado por um médico mais comprometido com seu amigo antivacinação e seu outro amigo homeopata do que com a ciência médica? Se não, por que você deve esperar que as pessoas que querem respostas continuem prestando atenção aos economistas depois de aprenderem que estamos mais comprometidos com os amigos do que com os fatos?

O que Romer não aborda é justamente a questão ideológica por trás da defesa de determinados conceitos teóricos. Talvez, o posicionamento que ele critica em diversos de seus amigos e que estes não veem em outros amigos seja porque estão contaminados por certas crenças. Dos resultados da gestão de política econômica, sempre há ganhadores e perdedores, a grande mentira que contam é que seria uma decisão técnica; não é, é política.

Nos anos 40, quando havia certo consenso de que a intervenção estatal por meio de uma política fiscal ativa poderia garantir o pleno emprego, o economista polonês Kalecki (2015) mostrou que a oposição a essas ideias vinha de "proeminentes e autointitulados 'especialistas econômicos' estreitamente ligados à banca e à indústria", de forma que se tratava de um posicionamento político e não fundamentado na teoria econômica.

Um ajuste fiscal na maior recessão da história do Brasil com os indicadores de emprego piorando sistematicamente não faz sentido. Eventualmente, poder-se-ia argumentar sobre um risco inflacionário, igualmente sem sentido em uma depressão. É importante frisar que os gastos públicos não são inflacionários se houver oferta suficiente de trabalho, plantas e matérias-primas estrangeiras, nesse caso, todo aumento da demanda será atendido por um aumento na produção – dependendo da sua direção, o dispêndio público pode até mesmo ser desinflacionários. Apenas quando não houver mais capacidade ociosa, os preços subirão de modo a equilibrar a demanda e a oferta de bens e serviços.

Em realidade, qualquer risco inflacionário no cenário atual certamente não decorre de um suposto excesso de demanda. Poder-se-ia, nesse caso, listar possíveis causas da inflação na atual conjuntura: a indexação de alguns preços na economia, que o novo regime fiscal inclusive reforça; os preços administrados; problemas específicos de oferta em determinados mercados onde a demanda

é inelástica, como por exemplo, os alimentos; ou ainda, uma estratégia sutil e eficiente de reação a uma maior participação do trabalho na distribuição funcional da renda.

Torna-se evidente que as razões de natureza política prevalecem na defesa de políticas de ajuste fiscal como a emenda constitucional do teto de gastos. Usando a argumentação do Kalecki, haveria três razões de ordem política para que o governo não atue na direção do pleno emprego. Primeiro, a argumentação de que em um sistema de livre mercado o nível de emprego depende sobretudo da confiança dos agentes. “Isso dá aos capitalistas”, segundo Kalecki (2015),

um poderoso controle indireto sobre a política governamental: tudo o que pode abalar o estado de confiança deve ser evitado porque isso causaria uma crise econômica.

Desse modo, a doutrina que hoje se conhece como da responsabilidade fiscal (segundo seus autores) ou austericídio (de acordo com os críticos) tem a função de garantir que o nível de emprego dependa do estado de confiança de forma a manter o estado refém dos capitalistas.

A segunda razão das oposições políticas advém da direção do gasto público. Primeiro, se o investimento público ocorre em qualquer direção na qual o capital possa competir com o Estado, ele não será bem-vindo, ou, na melhor das hipóteses, será aceito de forma precária. Um sistema público de saúde eficiente e funcional elimina, por exemplo, o mercado de planos de saúde, o mesmo se aplica à educação pública em contraponto ao ensino privado ou à existência de empresas estatais.

Ainda na direção do dispêndio público, mesmo os subsídios ao consumo de massa (transferências às famílias, subsídios a bens de primeira necessidade etc.) não são bem-vistos. Mesmo não embarcando em qualquer tipo de empreendimento e ainda aumentando o lucro das empresas, Kalecki

(2015) alerta que a oposição a esse tipo de gasto costuma ser mais violenta que ao investimento público, pois, nesse caso, está em jogo um dos princípios morais basilares do sistema capitalista, “você deve ganhar o seu pão no suor”.

Por fim, a terceira e última razão para os capitalistas se oporem a qualquer política de pleno emprego são as eventuais mudanças políticas e sociais dele decorrentes: o natural empoderamento da classe trabalhadora em um regime no qual a demissão não teria mais o seu caráter disciplinador. O poder de barganha e a consciência de classe do trabalhador aumentariam, seriam naturais o aumento das greves e do tensionamento político. Ainda que com maiores rendimentos, Kalecki (2015) coloca que

[...] a ‘disciplina nas fábricas’ e a ‘estabilidade política’ são mais apreciadas do que os lucros pelos líderes empresariais. Seu instinto de classe lhes diz que um pleno emprego duradouro é inaceitável a partir do seu ponto de vista, e que o desemprego é uma parte integrante do sistema capitalista ‘normal’.

Em outras palavras, é preciso desemprego para colocar a classe trabalhadora no seu devido lugar.

A crise econômica de 2008 e a adoção de políticas contracíclicas pelo governo empurraram gradativamente o Brasil na direção do pleno emprego, mas pela via do consumo sem políticas estruturantes. Notadamente, a estratégia aproximou o País da desejável situação do pleno emprego que naturalmente despertaram forte oposição dos capitalistas. Não seria equivocado afirmar que, antes de sua captura pela grande mídia, as manifestações de junho de 2013 tiveram parte de sua força decorrente da sensação de empoderamento dos jovens trabalhadores diante de uma situação de pleno emprego.

As organizações da mídia comandaram as reações de ordem política que constrangeram o governo do PT a uma radical inflexão



na condução da economia e demonstram claramente uma submissão aos interesses do capital e a uma agenda social liberal com maior ênfase no seu aspecto liberal. A base social petista e os setores de oposição à esquerda pressionavam pela retomada das propostas apresentadas na disputa presidencial de 2014. O golpe não apenas derrotou essa pressão como também impôs a agenda neoliberal puro-sangue.

A emenda constitucional do teto de gastos desconstrói qualquer tipo de investimento público que aponte para a construção de um verdadeiro sistema de segurança social, com educação e saúde públicas gratuitas e universais. Essa proposta foi qualificada pelo relator especial para extrema pobreza e direitos humanos da ONU, Philip Alston, como

uma medida 'radical' e sem 'compaixão', que vai atar as mãos dos futuros governantes e que terá impactos severos sobre os brasileiros mais vulneráveis, além de constituir uma violação de obrigações internacionais do Brasil (ONUBRASIL, 2016).

O discurso propagado de que os gastos públicos devem ser contidos obviamente não se restringe ao congelamento apresentado na emenda do teto dos gastos. Sob uma retórica, normalmente restrita aos debates acadêmicos, de que a previdência social seria muito generosa, faz-se dos gastos previdenciários o grande vilão das contas públicas e tenta-se impor uma reforma em que uma aposentadoria integral só será obtida em idade acima da expectativa de vida de diversos estados brasileiros.

A invasão bárbara conservadora não irá se restringir a esses pontos. Já foram anunciadas modificações na legislação trabalhista e, mais recentemente, um novo Programa de Recuperação Fiscal (Refis) perdoando as empresas sonegadoras (e ainda há cínicos que dizem que era preciso afastar o PT para acabar com a corrupção). O pacote de maldades pretende devolver a maioria da população trabalhadora para condições anteriores

à era Vargas. A guerra dos endinheirados contra os pobres se acentuará.

O golpe de Estado não foi apenas para retirar o PT do governo, mas para devolver o Brasil a uma condição subalterna no jogo internacional. A cooperação do Ministério Público Federal, no âmbito da Lava Jato, diretamente com as autoridades estadunidenses sem intermediação do poder executivo brasileiro teve como consequência direta o desmonte da cadeia do petróleo e gás no País e o enfraquecimento do programa nuclear brasileiro. A inflexão nas relações internacionais do Brasil pós-golpe, com esvaziamento do BRICS e do Mercosul e realinhamento automático com os EUA, deixa claro: o Brasil foi derrotado em uma guerra não convencional.

O que talvez não esteja sendo levado em conta pelas elites é que as tímidas mudanças promovidas pela era PT no governo trouxeram à maioria do povo uma experiência de que a miséria não é condição natural, que a pobreza não é inexorável. A maioria das reformas necessárias de fato não foi feita, mas a houve uma sensação de melhora experimentada pelas pessoas. Após o golpe, tem-se seguido, e acentuar-se-á, uma deterioração das condições de vida, some-se a isto a iminência da retirada de direitos históricos dos trabalhadores brasileiros e perceber-se-á que inevitavelmente ocorrerá uma convulsão social.

O caldo de cultura para revolta popular tende a se acentuar com a megadelação da Odebrecht que aumentará o descrédito geral da política. Figuras proeminentes de todas as agremiações políticas aparecem na denúncia – à exceção, diga-se, da Presidenta afastada, Dilma Rousseff. As redes sociais e a mídia alternativa tendem a desconstruir a imagem dos caçadores de corruptos que fecharam os olhos ao escândalo mãe da Lava Jato – o caso do Banestado –, que recebem salários nababescos acima do teto permitido ao serviço público e confraternizam sorridentes ao lado de ex-presidenciais

e outros políticos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

O desmonte proposto pelos golpistas só se sustenta no tacape. Serão necessários bantustões ou campos de concentração para acomodar as classes subalternas. Ou ainda, de forma mais dramática, alcançar-se-á o *homo ricus* proposto por Carlos

(Cacá) Diegues (2008) em uma crônica publicada na revista Piauí em que os evoluídos endinheirados literalmente caçam os primitivos 99,9%. Os endinheirados já lustram suas armas para a caçada. Não haverá alternativa que não passe por uma ampla articulação liderada pelas classes subalternas. ■

---

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados e Indicadores do Setor. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde (TABNET)*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 9 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.255, de 14 de janeiro de 2016. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2016. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 14 jan. 2016b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/L13255.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13255.htm)>. Acesso em: 19 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Proposta de emenda à Constituição nº 55, de 2016 - PEC do teto dos gastos públicos*. 2016a. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2017.

CASSIDY, J. The Reinhart and Rogoff Controversy: A Summing Up. *New Yorker*, Nova Iorque, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.newyorker.com/news/john-cassidy/>

[the-reinhart-and-rogooff-controversy-a-summing-up](http://the-reinhart-and-rogooff-controversy-a-summing-up)>. Acesso em: 19 dez. 2016.

DIEGUES, C. *Seleção artificial*: de como os genos deram origem a uma espécie saudável e sábia, e o que aconteceu com o Homo sapiens e o peru de Natal. *Piauí*. 2008. Disponível em: <<http://piaui.folha.uol.com.br/materia/selecao-artificial/>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (FIESP); CENTRO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (CIESP). *Jurômetro*. Disponível em: <<http://www.jurometro.com.br/>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

GOBETTI, S. W.; ORAIR, R. O. *Progressividade tributária: a agenda negligenciada*. Brasília, DF: Ipea, 2016. (Texto para discussão 219). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2190.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2190.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

KALECKI, M. *Aspectos políticos do pleno emprego*. 2015. Disponível em: <<http://jornalggm.com.br/noticia/aspectos-politicos-do-pleno-emprego-por-michal-kalecki>>. Acesso em: 1 dez. 2016.

HERNDON, T.; ASH, M.; POLLIN, R. Does high public

debt consistently stifle economic growth? A critique of Reinhart and Rogoff. *Camb J Econ*, Oxford, v. 38, n. 2, p. 257-279, 2013. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cje/article-abstract/38/2/257/1714018/Does-high-public-debt-consistently-stifle-economic?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

O'BRIEN, M. Forget Excel: This Was Reinhart and Rogoff's Biggest Mistake. *The Atlantic*. 2013. Disponível em: <<http://www.theatlantic.com/business/archive/2013/04/forget-excel-this-was-reinhart-and-rogoffs-biggest-mistake/275088/>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBRASIL). *Brasil: teto de 20 anos para o gasto público violará direitos humanos, alerta relator da ONU*. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-teto-de-20-anos-para-o-gasto-publico-violara-direitos-humanos-alerta-relator-da-onu/>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

RIO DE JANEIRO. *Sistema Municipal de Informações Urbanas*. Disponível em: <<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

ROMER, P. *The Trouble With Macroeconomics*. 2016. Disponível em: <<https://paulromer.net/wp-content/uploads/2016/09/WP-Trouble.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

THE WORLD BANK. *World Bank Open Data*. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

TRADING ECONOMICS. *Country List Government Debt to GDP*. Disponível em: <<http://www.tradingeconomics.com/country-list/government-debt-to-gdp>>. Acesso em: 19 dez. 2016a.

\_\_\_\_\_. *Interest Rate*. Disponível em: <<http://www.tradingeconomics.com/country-list/interest-rate>>. Acesso em: 19 dez. 2016b.

# Golpe contra a ética e o direito dos pacientes trabalhadores

## *Strike against the ethics and the right of working class patients*

Heleno Rodrigues Corrêa Filho<sup>1</sup>

---

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em sua página de Internet um parecer sobre pergunta de médicos contratados por empresas em seus Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs). Os autores da pergunta desejavam saber se podem informar os seus colegas médicos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sobre casos em que a empresa declara não ser responsável pelo adoecimento de seus empregados.

Esse interesse é fundamentado nos casos em que as doenças teriam seus vínculos reconhecidos pelos peritos governamentais mesmo na ausência de notificação comum ou de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) por parte do SESMT das empresas. Trata-se, portanto, de interesse dos empresários em contestar a estabilidade no emprego, o imposto pago por adoecer maior número de pessoas e mesmo consequências legais de tratar um benefício por acidente ou doença como sendo vinculado ao trabalho.

O CFM expôs como proposta de norma que ‘acha’ (é um parecer) que o médico da empresa pode oficiar ao INSS informando ‘dados de prontuário na empresa’ (do trabalhador) para contestar nexos entre o trabalho e o acidente ou doença ‘sem’ que isso represente ofensa aos direitos de privacidade, intimidade ou infração ética (CFM, 2017B).

O mesmo CFM ‘acha’ que os dados de prontuários de trabalhadores são, a partir desse parecer de 2017, ‘liberados’ para divulgação independentemente dos desejos manifestados por escrito pelos pacientes.

Deve-se fazer uma ressalva sobre o que ‘acha’ o CFM. Nos últimos anos, muito do que o grupo de médicos que se elegeu para o CFM ‘acha’ tem como alvo atacar os direitos da população, dos trabalhadores e dos pacientes. Não é por acaso que o CFM se alinhou desde a primeira hora com os deputados e senadores golpistas que implantaram a Ditadura Temer com apoio do judiciário.

Agora apoiam a investida contra direitos de privacidade dos prontuários de trabalhadores e seu conteúdo, cujo acesso seria restrito aos ditames do segredo ético até mesmo quando intimados em juízo. O ‘parecer’ da câmara técnica denominado 3/2017 é muito bem-vindo por áreas patronais que decidem não cumprir a legislação trabalhista.

Segundo o CFM, a partir de janeiro de 2017, se o paciente tiver doença prévia registrada em prontuário, o médico de empresa pode lançar mão de informações privativas para prejudicar o acesso do mesmo paciente a direitos previdenciários e trabalhistas, sem a autorização, e mesmo contra a manifestação de seu desejo em contrário. Uma joia rara da ética médica (CFM, 2017B).

Não satisfeitos com a repercussão negativa entre trabalhadores e a sociedade, ameaçam os discordantes ‘desprovidos de razão’ por manifestar-se e escrevem no portal do CFM contra o

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [helenocorreia@uol.com.br](mailto:helenocorreia@uol.com.br)

direito de opinião. O Brasil regressa ao direito de santidade, em que a voz do poder está acima de críticas. O CFM está no poder de acordo com as afirmativas contidas na nota de conteúdo ameaçador contra os que se manifestarem em sentido contrário ao entendimento de suas santidades éticas por serem ‘em princípio ‘desprovidos de razão’(CFM, 2017A).

Os médicos dirigentes do CFM se declararam anteriormente contrários às providências do Ministério do Trabalho e do antigo e destruído Ministério da Previdência Social, quando no CFM foi questionado o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), porque o laudo dos trabalhadores demitidos passaria a conter dados sobre as exposições que o trabalhador teria sofrido em ambientes de trabalho (CFM, 2004A; CFM, 2004B).

Era ‘segredo’ e não poderia ser revelado para as autoridades sanitárias, previdenciárias e trabalhistas o conjunto histórico das exposições de risco a que as empresas submetem seus trabalhadores. O ‘segredo’ era supostamente, descaradamente, ‘do trabalhador’ e naquele momento favorecia os empregadores que decidem expor ou não expor quem contratam. A exposição era segredo para o CFM, ainda que se acreditasse plenamente em documentos autodeclarados de preenchimento patronal (CFM, 2004B; SILVA, 2004).

Agora, em tempos de golpe que o CFM gostosamente apoiou e aderiu precocemente, o mesmo ‘segredo’ não existe em relação a dados pessoais de prontuário que os médicos do trabalho das empresas teriam registrado. Liberou geral. O CFM deu ‘o salve’ para as informações íntimas, sanitárias, pessoais e de exames físicos e auxiliares servirem ao patrão para não pagar direitos trabalhistas.

A mesma medida que defendeu o segredo patronal em 2004 serve agora para rasgar o direito individual à inviolabilidade do prontuário médico sem razões de ordem epidemiológica sanitária grave ou potencial de crime em que esteja envolvido o paciente. O segredo protege o patrão e deixa nu o paciente do CFM.

O sistema político e judiciário brasileiro é fértil em mudanças de jurisprudência. O que serve aos adversários, não serve aos amigos. Vê-se estes acontecimentos quando convém à imprensa do poder diariamente, e quando não convém, assiste-se pela Internet e pelos meios alternativos de comunicação não oficiosa.

No caso do ‘parecer 3’ do CFM, toma-se conhecimento pelas críticas de movimentos sociais e de trabalhadores, que se sentiram atingidos em direitos supostamente péticos (CENTRAIS SINDICAIS, 2017). ‘Dados de prontuário só podem ser liberados mediante autorização expressa do paciente e em seu benefício’. A liberação contra sua vontade só pode ser feita quando dados sobre sua saúde colocarem em perigo terceiros, pessoas vulneráveis e situações de interesse público em epidemias e contágios. Assim mesmo, em tais condições, é imposto o segredo dos profissionais de saúde que manuseiam a informação para fins de vigilância epidemiológica e para impedir crimes vinculados à doença e ameaças à saúde pública.

Sem segredo, vale a disposição do ‘facultativo’ que está à mão do empregador para abrir prontuários, informar terceiros, registrar informações, e, quem sabe, adicionar informações que não existem, para satisfazer interesses empresariais.

Já é tempo de separar as funções de médicos que podem ler e escrever em prontuários de trabalhadores, além de examiná-los pessoalmente, distinguindo-as das funções de médicos que fazem assessoria patronal. Podem coexistir as duas ocupações de médicos: um assessor a empresa para reduzir custos decorrentes de doenças e acidentes; outro tem o contato com os trabalhadores, examina, pede exames e guarda segredo em prontuários invioláveis.

Assessor patronal não transcreve prontuários para o patrão, não faz toque retal ou ginecológico na(n) trabalhadora(or) para o patrão, não tira sangue dos outros para o patrão. Assessor patronal lê os relatórios



resumidos de ‘outros’ médicos nos quais os trabalhadores confiam, porque vendem sua força de trabalho, e não seus corpos, seus fluidos corporais, suas vergonhas e sua intimidade para uso empresarial. São dois tipos diferentes de ocupação médica. São duas éticas na mesma linha. O prontuário só pode ser usado em benefício do paciente, que dele é o proprietário, sendo dado ao SESMT

apenas o dever de fiel depositário.

Enquanto essas duas ocupações médicas não forem definitivamente separadas, o CFM poderá continuar juntando seus dois pesos para as mesmas medidas e ‘parecendo’ que defende interesses públicos e coletivos quando, na verdade, age meramente como órgão da longa manus de organizações patronais e políticas antitrabalhistas. ■

---

## Referências

CENTRAIS SINDICAIS. *Nota de repúdio ao parecer CFM 3/17*. 2017. Disponível em: <<http://www.fsindical.org.br/midias/arquivo/982-nota-de-repudio-ao-parecer-cfm-3-17-1.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Nota de esclarecimento: Aspectos éticos e legais do Parecer CFM nº 03/2017*. 2017b. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26728:2017-02-18-19-29-10&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26728:2017-02-18-19-29-10&catid=3)>. Acesso em: 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. *Obrigatoriedade de sigilo médico no PPP*. 2004a. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=955&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=955&catid=3)>. Acesso em: 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. *Processo consulta CFM nº 2/2017- parecer CFM nº 3/2017*. 2017a. Disponível em: <<https://>

[sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/3#search=%223%22](https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/3#search=%223%22)>. Acesso em: 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 1.715*, de 8 de janeiro de 2004 - Regulamenta o procedimento ético-médico relacionado ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP). 2004b. Disponível em: <[https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2004/1715#search="RESOLUÇÃO\\_Nº\\_1.715"](https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2004/1715#search=)>. Acesso em: 5 abr. 2017.

SILVA, A. M. *O PPP: Perfil Profissiográfico Previdenciário Compilação e comentários de Airton Marinho da Silva, Auditor Fiscal do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego*. 2004. Disponível em: <[http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/seguranca/perfil\\_prof\\_previ.pdf](http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/seguranca/perfil_prof_previ.pdf)>. Acesso em: 5 abr. 2017.

# Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições

*Open Dialogue: the finnish experience and its contributions*

Luciane Prado Kantorski<sup>1</sup>, Mario Cardano<sup>2</sup>

---

**RESUMO** O Diálogo Aberto é um método desenvolvido na década de 1980, na Finlândia, para o enfrentamento da crise psicótica. Este artigo é um ensaio teórico que tem como objetivo apresentar o Diálogo Aberto em seus princípios e enquanto prática de saúde mental desinstitucionalizante, enfatizando seu potencial terapêutico, seus resultados e suas contribuições para outros países. Conclui-se que, para a implementação do Diálogo Aberto em outros contextos, é necessária uma mudança organizativa na estruturação dos serviços e uma substantiva mudança cultural no interior da equipe e da comunidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Transtornos psicóticos. Família.

**ABSTRACT** *The Open Dialogue is a method developed in the 80's, in Finland, to the confrontation of the psychotic crisis. This article is a theoretical essay that aims to present the Open Dialogue in its principles and as a deinstitutionalizing mental health practice, emphasizing its therapeutic potency, results and contributions for other countries. It is concluded that, for the implementation of the Open Dialogue in other contexts, it is necessary an organizational change in the structuring of services and a substantive cultural change within the team and the community.*

**KEYWORDS** *Mental health. Psychotic disorders. Family.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Faculdade de Enfermagem – Pelotas (RS), Brasil.  
kantorski@pq.cnpq.br

<sup>2</sup> Università Degli Studi di Torino, Dipartimento di Culture, Politica e Società – Torino, Itália.  
mario.cardano@unito.it

## Introdução

O método do Diálogo Aberto foi desenvolvido por Jaakko Seikkula e sua equipe, no início da década de 1980, na Finlândia, na região oeste da Lapônia, para o enfrentamento da crise psicótica. O Diálogo Aberto engloba uma filosofia e um conjunto de práticas que se diferem radicalmente das convencionais, contribuindo significativamente para o processo de desinstitucionalização naquele país e que podem vir a contribuir em outros contextos (SEIKKULA; ALAKARE; AALTONEN, 2001; SEIKKULA, 2011; SEIKKULA, 2014).

O Diálogo Aberto é baseado em sete princípios. O primeiro consiste na ‘ajuda imediata’, que pressupõe que haja uma equipe de atenção à crise à disposição, de modo que o primeiro atendimento ocorra nas primeiras 24 horas após o primeiro contato, preferencialmente no domicílio do usuário, com o objetivo de prevenir a hospitalização. O segundo princípio trata da ‘inclusão da rede social do usuário’, como a família, os amigos e vínculos significativos em todas as reuniões de tratamento, sem que nenhuma decisão seja tomada fora delas. O terceiro princípio está relacionado com a ‘flexibilidade’, que deve ser garantida através da adaptação do tratamento às necessidades específicas de cada caso. O quarto princípio é a ‘responsabilidade’, considerando que o técnico que atende primeiramente o usuário organizará as reuniões sucessivas. O quinto princípio é o da ‘tolerância à incerteza’, que pressupõe encontros iniciais frequentes (até diários) nos primeiros 10-12 dias de tratamento, como um empenho para evitar decisões precipitadas. Por exemplo, o uso de neurolépticos não é iniciado na primeira reunião. Em vez disso, a sua pertinência deve ser discutida em, pelo menos, três reuniões antes da introdução. O sexto princípio é o da ‘continuidade psicológica’, que é garantida em todas as etapas do tratamento. O sétimo princípio é o dialogismo, sendo garantido como foco do tratamento a geração de diálogo entre as pessoas nas

reuniões, valorizando a construção conjunta de entendimentos e saídas (SEIKKULA; ALAKARE; AALTONEN, 2001).

O Diálogo Aberto ganhou atenção internacional porque seu uso no tratamento de pessoas com primeiro episódio de psicose é associado, na literatura científica, à redução da incidência do desenvolvimento de sintomas crônicos e de incapacidades decorrentes da psicose e ao uso mínimo de medicação psicotrópica (SEIKKULA ET AL., 2003; SEIKKULA ET AL., 2006; AALTONEN; SEIKKULA; LEHTINEN, 2011; SEIKKULA; ALAKARE; AALTONEN, 2011; THOMAS, 2011). Ainda, são encontrados os estudos de Skalli e Nicole (2011), Gromer (2012) e Lakeman (2014), que são os três estudos de revisão de literatura sobre o Diálogo Aberto, que enfocam, particularmente, os êxitos obtidos no tratamento de pessoas com diagnósticos de crises psicóticas.

Extrapolando a especificidade do mundo acadêmico, os movimentos de usuários e as redes de saúde mental, que, mundialmente, fazem a crítica ao uso abusivo de psicofármacos e apontam seus malefícios, também contribuíram de modo determinante para que os olhares se voltassem para o Diálogo Aberto como alternativa a tal realidade.

Robert Whitaker, em seu livro que se tornou um *best seller*, ‘Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America’, fala dos danos que foram produzidos na América do Norte pelo uso massivo de psicofármacos em resposta a situações de estresse. Whitaker passou um ano e meio pesquisando para a escrita do livro. Ele mantém um *site* na internet listando alguns estudos relevantes sobre o tema. Essas pesquisas na literatura apoiaram a escrita do livro, que tem um caráter de jornalismo investigativo, tendo sido premiado nessa categoria em 2010. O autor faz uma crítica contundente ao uso inadequado de psicofármacos, evidenciando, além dos danos e perturbações que eles podem causar no cérebro, o aumento de gastos do Estado com pagamento de auxílio por incapacidade produzida pelo uso

abusivo dessas drogas. Em contraposição, o autor apresenta a experiência finlandesa do Diálogo Aberto como um tratamento eficaz, que reduz o uso de psicofármacos e produz ótimos resultados no enfrentamento das psicoses, questionando os motivos de sua escassa replicação em outros contextos. O autor conheceu a experiência *in loco*, pois teve a oportunidade de acompanhar um grupo da Lapônia. Em seu *best seller*, Whitaker faz uma descrição das bases do método e apresenta alguns resultados das pesquisas do grupo de Seikkula, que comprovam a eficácia do mesmo (WHITAKER, 2010).

Sem dúvida, a repercussão do livro de Robert Whitaker promove uma ampliação da divulgação da experiência do grupo de Seikkula na Finlândia e fortalece o questionamento acerca da necessidade de aprofundamento científico dos conhecimentos sobre as potencialidades e os limites do Diálogo Aberto e de sua replicabilidade em outros contextos.

O contato mais efetivo com o tema do Diálogo Aberto se iniciou no ano de 2015, durante o estágio sênior de um dos autores acompanhando o projeto ‘Il dialogo aperto un approccio innovativo nel trattamento delle crisi psichiatriche d’esordio – definizione e valutazione degli strumenti ed organizzativi per la trasferibilità del Dialogo Aperto’, coordenado pela Dra. Maria Chiara Rossi e Dr. Giuseppe Salamina do Departamento de Prevenção (ASL TO1 – Azienda Sanitaria Locale di Torino 1), que envolve oito Departamentos de Saúde Mental da Itália (2 em Turim, 1 em Savona, 1 em Trieste, 1 em Modena, 1 na Catania e 2 em Roma). A integração ao projeto de capacitação e pesquisa permitiu a realização de seminários e cursos, inclusive com Jaako Seikkula, professor de psicoterapia do Departamento de Psicologia da University of Jyväskylä, que consistiu em uma aproximação muito rica com o Diálogo Aberto.

Este artigo tem como objetivo apresentar o Diálogo Aberto em seus princípios e enquanto prática de saúde mental

desinstitucionalizante, enfatizando seu potencial terapêutico, seus resultados e suas contribuições para outros países.

## O Diálogo Aberto e seu potencial terapêutico

O Diálogo Aberto surge como uma prática de saúde mental em que o cuidado à crise é organizado durante as 24 horas sucessivas ao primeiro contato, e o paciente e sua família são convidados a participar não só do primeiro encontro, mas de todas as reuniões de tratamento. Como mencionado anteriormente, o seu idealizador é Jaako Seikkula, psicólogo clínico que começou a trabalhar no hospital de Keropudas, em Tornio, em 1981 (SEIKKULA, 2011; SEIKKULA, 2014).

Na Finlândia, a prática psicoterápica vem sendo uma parte da saúde pública importante desde o final dos anos 60, com o trabalho do professor Yrjö Alanen e sua equipe, iniciando com a psicoterapia psicodinâmica individual. A equipe de Turku já enfatizava, no final de 1970, que cada processo de tratamento é único e deveria ser adaptado às diferentes necessidades de cada paciente. O Diálogo Aberto consiste numa modificação da ‘Need-Adapted Treatment of Psychosis’, desenvolvida por Alanen (BORCHERS, 2014).

A filosofia do Diálogo Aberto é o desenvolvimento de relações entre as pessoas que estão enfrentando problemas, a família e a rede social envolvida e a oferta de apoio à pessoa em casa, em vez de instituições ou locais de reabilitação. São mais valorizadas as habilidades dos envolvidos de gerar diálogos em reuniões conjuntas, mantendo a comunicação aberta entre as partes, respeitando as vozes de todos os participantes, a paciência de ouvir e de não tomar decisões precipitadas, a capacidade de constantemente enfatizar a situação familiar e as questões da vida cotidiana (SEIKKULA, 2003; BORG ET AL., 2009; ARNKIL; SEIKKULA, 2012).

Nas primeiras iniciativas de reuniões

abertas na Lapônia, esse espaço era simplesmente um fórum para organizar o tratamento, em vez de baseá-lo em ideias dialógicas. No entanto, a partir do contato com os escritos de Bakhtin, os profissionais perceberam que o autor parecia descrever a mesma experiência em romances de Dostoiévski que aquelas vivenciadas nas reuniões polifônicas com os pacientes, as famílias e a equipe. Havia sempre muitas vozes presentes nas reuniões, e, como evidencia Bakhtin, em uma reunião polifônica, a posição de cada participante, especialmente do autor, muda radicalmente. O Diálogo Aberto reforça que a única maneira de proceder é gerar o diálogo entre todas as vozes dos participantes, e, nessa polifonia, nenhuma voz pode ser mais importante do que a outra (BAKHTIN, 1997).

Conforme afirma Bakhtin (1997), o autor de um romance polifônico não pode controlar a ação dos personagens, e a única maneira de sobreviver é estar em diálogo com eles. Os profissionais tinham um papel importante no tratamento, mas não podiam mais definir os passos, os métodos, as intervenções para suprimir sintomas ou mudar o sistema familiar. Eles passaram a integrar as vozes desse diálogo e essa construção conjunta (SEIKKULA, 2011).

Na era da medicina baseada em evidências, tudo isso soa muito radical, porque desafia a ideia de que os terapeutas devem escolher o método correto de tratamento e centra-se na ideia de que o diagnóstico emerge do diálogo que ocorre em reuniões conjuntas. O processo de entendimento, ou seja, chegar a uma compreensão prática de uma forma dialógica por todos os interessados do que o paciente tem, do que aconteceu, por si só, pode ser um processo muito terapêutico (SEIKKULA, 2011).

A abordagem dialógica visa a um processo em que o paciente começa a desempenhar um papel mais importante na determinação de como proceder. Evidencia o risco de negligenciar a fala da pessoa com um transtorno psicótico e não conseguir romper com seu isolamento, reforça que o próprio

diálogo precisa criar uma linguagem em que todas as vozes possam ser ouvidas, tanto a do paciente quanto daqueles mais próximos a ele (SEIKKULA, 2002; SEIKKULA; ARNKIL; ERIKSSON, 2003; SEIKKULA, 2008).

Alguns estudos (SEIKKULA; ARNKIL; ERIKSSON, 2003; SEIKKULA, 2008; HOLMESLAND ET AL., 2010; OLSON ET AL., 2012; SEIKKULA; LAITILA; ROBER, 2012; BORCHERS, 2014) ressaltam a importância da polifonia de vozes em abordagens dialógicas e terapias familiares, no sentido de evidenciar a eficácia do dialogismo no tratamento de problemas psicóticos, na depressão, e destacam a mudança do monólogo para o diálogo em situações diversas. Reiteram que, no sistema psicossocial finlandês, essa questão implica a transformação dos papéis profissionais, além do que, a equipe deve trabalhar com todos os casos, incluindo os mais difíceis. Essa nova situação aumenta nos profissionais o interesse por métodos que contribuam para a resolução de situações complexas, incluindo a busca de cooperação ao longo das fronteiras e convidando pessoas da rede pessoal do paciente para participar da resolução de problemas, contribuindo para uma mudança de paradigma.

A partir de uma perspectiva dialógica, a resposta do terapeuta pode vir no sentido de um esforço para alargar a zona de desenvolvimento proximal (SEIKKULA; TRIMBLE, 2005). A ideia de Vygotsky de zona de desenvolvimento proximal consiste no espaço metafórico entre o estudante, que se esforça para aprender novas habilidades um pouco além dos limites de sua capacidade atual, e o professor, que, já tendo dominado as habilidades, oferece-se para apoiar o desenvolvimento das habilidades no aluno. No caso do Diálogo Aberto, a experiência da equipe oferece segurança ao paciente e aos membros da rede para identificar suas habilidades em sustentar a conversa sobre as mais difíceis experiências (SEIKKULA; TRIMBLE, 2005). O fato de os membros da equipe não terem participado dos eventos passados, e que moldaram a atual crise, torna-os menos vulneráveis,

e isso, somado à experiência acumulada de outras situações, contribui para ofertar segurança ao grupo e gerar diálogo.

Na fase inicial de tratamento, as decisões são adiadas em favor de expandir a conversa, permitindo ao sistema tolerar a ambiguidade, o que possibilita o surgimento de novas ideias para resolver o problema. O importante no processo são as trocas emocionais. Um ou mais membros da equipe podem conduzir a reunião, que deve ser iniciada com uma questão aberta, partindo de informações que eles podem ter sobre o problema e que devem ser expressas em linguagem simples. O líder, então, oferece uma pergunta aberta a quem gostaria de falar. A forma das perguntas não é pré-planejada; cada próxima pergunta parte da resposta anterior, da repetição da palavra, e se faz lentamente, assegurando o ritmo e o lugar de fala de cada participante. A reunião é concluída com uma síntese do que foi discutido e das decisões tomadas (SEIKKULA; TRIMBLE, 2005).

Para o desenvolvimento da prática dialógica, são elencados doze elementos-chave tomados enquanto critérios de fidelidade para que se efetive o Diálogo Aberto: participação de dois (ou mais) terapeutas na reunião; envolvimento da família e rede social; usar perguntas abertas; responder às coisas ditas pelo paciente; enfatizar o momento; solicitar múltiplos pontos de vista; usar o foco relacional no diálogo; responder aos problemas dialógicos e comportamentais com um estilo concreto e atento aos significados; enfatizar as palavras usadas pelo paciente e sua história, não os sintomas; a conversa entre profissionais (reflexões) deve ocorrer nas reuniões de tratamento; ser transparente; tolerar a incerteza (OLSON; SEIKKULA; ZIEDONIS, 2014).

O nome Diálogo Aberto foi usado pela primeira vez em 1995, para descrever a abordagem à crise através do diálogo, englobando a família inteira e o tratamento centrado na rede social. Isso incluiu dois aspectos: primeiro, as reuniões com paciente, família,

rede social e equipe envolvida no problema, que buscavam gerar o novo entendimento através do diálogo. Em segundo lugar, o fornecimento dos princípios básicos para a organização de todo o sistema de tratamento psiquiátrico na Lapônia com base no Diálogo Aberto (SEIKKULA, 2011).

## Estudos de avaliação de resultados das práticas de Diálogo Aberto

Os estudos de resultados da aplicação do Diálogo Aberto em pacientes em primeira crise psicótica e em tratamento com esse método são estudos de *follow up*, em dois, cinco e dez anos, incluindo grupos de controle (SEIKKULA ET AL., 2003; SEIKKULA ET AL., 2006; AALTONEN; SEIKKULA; LEHTINEN, 2011; SEIKKULA; ALAKARE; AALTONEN, 2011).

Os estudos demonstram que os pacientes que se utilizaram do Diálogo Aberto ficaram hospitalizados por menor número de dias, que os psicofármacos foram utilizados em menor número de casos e que a maioria (82%) dos pacientes não tinha sintomas psicóticos residuais em 2 anos (SEIKKULA ET AL., 2003).

No seguimento de 5 anos, constatou-se que 86% retomaram os seus estudos ou empregos em tempo integral; 17% recaíram durante os primeiros 2 anos e 19% durante os três anos seguintes; e que 29% fizeram uso de medicação neuroléptica durante alguma fase do tratamento (SEIKKULA ET AL., 2006).

Houve uma diminuição da incidência anual média da esquizofrenia, sendo que o número de novos pacientes esquizofrênicos de longa permanência caiu para zero no contexto estudado (AALTONEN; SEIKKULA; LEHTINEN, 2011).

Durante um período de dez anos, além de surgirem menos pacientes esquizofrênicos, sua idade média foi significativamente menor, e mais de 70% dos pacientes não tiveram nenhum retorno. Esse resultado permaneceu o mesmo por um período de



dez anos, envolvendo pacientes diferentes (SEIKKULA; ALAKARE; AALTONEN, 2011).

Os resultados das pesquisas de avaliação da experiência desenvolvida ao longo das últimas décadas na Finlândia comprovam a necessidade de dedicar tempo, trabalho e estudos sobre o Diálogo Aberto. É importante reconhecer que o Diálogo Aberto tem se mostrado potente no enfrentamento do problema de pessoas em crise psicótica, propiciando um manejo mais adequado dos psicofármacos e contribuindo para a inserção social dessas pessoas.

## O diálogo aberto e suas contribuições para o mundo

O Diálogo Aberto, nascido na Finlândia, e os impressionantes resultados obtidos no tratamento da psicose têm despertado o interesse de outros países, como Estados Unidos, Reino Unido, Itália, Polônia, Noruega, Bélgica, Austrália, entre outros.

Retomam-se, a seguir, alguns estudos e relatos de experiências de pesquisadores de diversos países que fizeram um acompanhamento das atividades do Diálogo Aberto na Finlândia e vêm propondo formas de adesão a essa prática, reafirmando a efetividade desse método e a necessidade de sua replicabilidade.

Harlene Anderson, de Houston (Estados Unidos), realizou um acompanhamento da experiência da Lapônia e relatou em seu artigo que, na prática, esse trabalho representa um significativo desafio às crenças e tradições de psicoterapia e abordagens nucleares à psicose. Isso porque ele consiste em uma abordagem dialógica na qual o terapeuta deve respeitar e aprender sobre os pacientes e suas experiências e entendimentos, considerando que isto deve ter precedência sobre a compreensão do terapeuta (ANDERSON, 2002).

Também, num estudo de pesquisadores da Noruega e dos Estados Unidos, são descritos dois modelos de cuidado centrados na

pessoa: as práticas de cuidado centradas na pessoa, planejadas nos Estados Unidos, e o modelo finlandês do Diálogo Aberto, destacando seus resultados exitosos por manter o foco no indivíduo (BORG ET AL., 2009).

A partir de uma crítica à falta de acesso das pessoas nos Estados Unidos a tratamentos alternativos à prática padrão de tratamento da psicose, é feita uma revisão narrativa do modelo de tratamento da psicose, adaptado às necessidades do paciente, e do Diálogo Aberto desenvolvido na Finlândia. A análise dos resultados de sete pesquisas mostrou que os resultados do tratamento com o Diálogo Aberto são equivalentes ou superiores àqueles do tratamento padrão. Particularmente, o Diálogo Aberto foi associado a um melhor funcionamento social, a mais emprego, menos dias de hospitalização e menos sintomas para pessoas com primeiro episódio de psicose. Estudos mais recentes apontam para uma associação do Diálogo Aberto com poucos dias de permanência no hospital, o que mostra uma evolução na abordagem e um certo refinamento dessa prática (GROMER, 2012).

Outra pesquisadora da Bélgica fez um seguimento da experiência da Lapônia examinando, também, a natureza do diálogo (OLSON ET AL., 2012). Em um outro estudo autoetnográfico, a pesquisadora descreve as mudanças de pensamento ligadas à sua experiência com o Diálogo Aberto, relacionando essa trajetória à micropolítica dos Estados Unidos na gestão de cuidados de saúde mental; à prática de dialogicidade no Diálogo Aberto; e às mudanças históricas, culturais e científicas que estão incentivando a adaptação do Diálogo Aberto nos Estados Unidos. Menciona, ainda, a participação de Douglas Ziedonis, Jaakko Seikkula e Mary Olson na liderança de um projeto de pesquisa subvencionado sobre Diálogo Aberto do Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade de Massachusetts. Evidencia as iniciativas de treinamento de equipes em cuidados comunitários que fazem parte de

novas iniciativas públicas experimentais, estruturadas prevendo avaliação dos resultados, demonstrando um interesse crescente pelo Diálogo Aberto nos Estados Unidos (OLSON, 2015).

No Sul da Noruega, entre 1998 e 2008, foram implementados três programas para a promoção do Diálogo Aberto na região, e Jaakko Seikkula participou de todos eles, quais sejam: 1) ensinando a base para abrir diálogos; 2) supervisionando clinicamente terapeutas locais e usuários de serviços de saúde mental; 3) concepção de pesquisa e projetos. Segundo a análise desses programas, os dez anos de implementação dessas práticas dialógicas no sul da Noruega produziram resultados positivos relativos à execução, à educação e ao aumento de pesquisas e projetos sobre o tema (ULLAND ET AL., 2014).

No Reino Unido, o interesse pelo Diálogo Aberto vem crescendo continuamente com conferências e experiências pontuais de pequena escala. Um movimento muito significativo começou para intervir nos serviços no sentido de implantar o Diálogo Aberto. Determinadas cidades, como Leeds e Nottingham, possuem grupos de usuários e serviços capacitados no Diálogo Aberto, que estão disponíveis para ensinar e estimular as pessoas a tal prática. Além disso, até sete serviços nacionais de saúde mental da Inglaterra estão estabelecendo equipes-piloto de Diálogo Aberto em cada um dos seus territórios, a fim de participar conjuntamente de um estudo multicêntrico aleatório sobre o tema (RAZZAQUE; WOOD, 2015).

O Diálogo Aberto é apresentado por pesquisadores da Polônia como uma abordagem alternativa que pode contribuir para a redução do uso de neurolépticos e constituir-se como recurso complementar aos tratamentos usuais da esquizofrenia (KŁAPCIŃSKI; WOJTYŃSKA; RYMASZEWSKA, 2015).

Em um estudo de revisão sistemática descrevendo diferentes serviços especializados de tratamento de primeiro episódio psicótico e seus resultados em diferentes momentos

do acompanhamento, foram identificados cinco programas, todos escandinavos: o projeto Paraquedas, na Suécia; o projeto esquizofrenia Danish National, na Dinamarca; o projeto Opus, também na Dinamarca; projeto Soteria Nacka, na Suécia; e o projeto Diálogo Aberto, na Finlândia. Os programas mostraram resultados encorajadores em termos de diminuição de recaídas, diminuição do tempo de internação e redução do uso de antipsicóticos, principalmente na fase ativa. Porém, um período de tratamento de dois anos não é tempo suficiente para permitir aos pacientes manter as melhorias obtidas durante a fase ativa de um tratamento integrado (SKALLI; NICOLE, 2011).

O Diálogo Aberto despertou o interesse da Austrália, país onde se investiu fortemente em equipes de especialistas para intervenção na psicose, modelo que vem sendo questionado considerando-se as altas taxas de consumo de psicofármacos por pessoas diagnosticadas com psicoses e as altas taxas de mortalidade relacionadas a esse consumo. Um artigo de revisão publicado na Austrália, em 2014, aponta resultados exitosos do tratamento com o Diálogo Aberto para intervenção na crise psiquiátrica com o mínimo de uso de medicação antipsicótica e com melhores respostas, sugerindo sua adoção para realidades que precisam enfrentar tal problemática (LAKEMAN, 2014).

## Conclusões

Na Finlândia, na experiência de mais de trinta anos do oeste da Lapônia, algumas escolhas estratégicas foram adotadas visando a assegurar a continuidade dos cuidados. Foram constituídos serviços de internação com 30 leitos psiquiátricos hospitalares de cuidados agudos e 5 clínicas ambulatoriais onde o Diálogo Aberto é a filosofia de prática, e, em cada unidade, equipes móveis para atendimento à crise estão disponíveis. A maioria dos profissionais foi treinada (por

cerca de três anos) em terapia familiar sistêmica (BORG ET AL., 2009).

O questionamento que necessita ser feito consiste nos desafios de colocar em prática em outros países uma abordagem desinstitucionalizante que tem enfrentado com êxito o grave problema de pessoas em crise psicótica no seu domicílio, com o princípio do diálogo e da atenção em rede. Ao mesmo tempo, esse novo método propõe uma mudança significativa, ao fazê-lo de modo que nenhuma decisão seja tomada sem a participação do paciente e sua rede, reduzindo o consumo de psicofármacos e obtendo resultados muito promissores.

Destaca-se que implementar o Diálogo Aberto consiste num desafio que requer

uma consistente mudança organizativa em termos de estruturação de serviços, com equipes para atenção à crise disponíveis 24 horas, garantia de continuidade psicológica, tolerância à incerteza, protelamento do uso de neurolépticos, um criterioso processo de capacitação das equipes, entre outras iniciativas. Além disso, torna-se indispensável uma substantiva mudança cultural, que implica rever seriamente as relações de poder entre os profissionais da equipe e destes com pacientes e familiares. Respostas efetivas a problemas complexos, como é o caso de pessoas em crise psicótica, dificilmente podem ser dadas sem que mudanças significativas sejam feitas. ■

---

## Referências

AALTONEN, J.; SEIKKULA, J.; LEHTINEN, K. The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland I: the incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, Londres, v. 3, n. 3, p. 179-191, 2011.

ANDERSON, H. In the space between people: Seikkula's open dialogue approach. *J Marital Fam Ther*, Washington, DC, v. 28, n. 3, p. 279-281, jul. 2002.

ARNKIL, T. E.; SEIKKULA, J. *Metodo dialogici nel lavoro di rete: per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*. Trento: Erickson, 2012.

BAKHTIN, M. *Problemas da poética de Dostoiévski*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

BORCHERS, P. *Issues like this have an impact: the need-adapted treatment of psychosis and the psychiatrist's inner dialogue*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2014.

BORG, M. et al. Implementing person-centered care in psychiatric rehabilitation: what does this involve? *Isr J Psychiatry Relat Sci*, Jerusalém, v. 46, n. 2, p. 84-93, 2009.

GROMER, J. Need-adapted and open-dialogue treatments: empirically supported psychosocial interventions for schizophrenia and other psychotic disorders. *Ethical Hum Psychol Psychiatry*, Nova York, v. 14, n. 3, p. 162-177, 2012.

- HOLMESLAND, A. L. *et al.* Open dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *Int J Integr Care*, Londres, v. 10, p. 1-14, 2010.
- KLAPCINŃSKI, M.; WOJTYNSKA, R.; RYMASZEWSKA, J. Open dialogue approach: an alternative to neuroleptics or development of pharmacologically cautious treatment of schizophrenia? *J Schizophr Res*, Nova Jersey, v. 2, n. 2, p. 1013-1014, 2015.
- LAKEMAN, R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherapy in Australia*, Palm Cove, v. 20, n. 3, p. 26-33, 2014.
- OLSON, M. An auto-ethnographic study of 'open dialogue': the illumination of snow. *Fam Process*, Nova York, v. 54, n. 4, p. 716-729, 2015.
- OLSON, M.; SEIKKULA, J.; ZIEDONIS, D. *The key elements of dialogic practice*: in open dialogue: fidelity criteria. 2 set. 2014. Disponível em: <<http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>>. Acesso em: 19 out. 2016.
- OLSON, M. *et al.* The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Fam Process*, Nova York, v. 51, n. 3, p. 420-435, 2012.
- RAZZAQUE, R.; WOOD, L. open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community Mental Health*, Nova York, v. 51, n. 8, p. 931-938, 2015.
- SEIKKULA, J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Aust N Z J Fam Ther*, Queensland, v. 32, n. 3, p. 179-193, 2011.
- . *Il dialogo aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Roma: Giovani Fioriti Editore, 2014.
- . Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *J Fam Ther*, Londres, v. 30, p. 478-491, 2008.
- . Monologue is the crisis-dialogue becomes the aim of therapy. *J Marital Fam Ther*, Washington, DC, v. 28, n. 3, p. 283-284, 2002.
- . Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith Coll Stud Soc*, [internet], v. 73, n. 2, p. 227-245, 2003.
- SEIKKULA, J.; ALAKARE, B.; AALTONEN, J. The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland II - long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, Londres, v. 3, n. 3, p. 192-204, 2011.
- . Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *J Constr Psychol*, Washington, DC, v. 14, n. 4, p. 247-265, 2001.
- SEIKKULA, J.; ARNKIL, T. E.; ERIKSSON, E. Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Fam Process*, Nova York, v. 42, n. 2, p. 185-203, 2003.
- SEIKKULA, J.; LAITILA, A.; ROBER, P. Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *J Marital Fam Ther*, Washington, DC, v. 38, n. 4, p. 667-687, 2012.
- SEIKKULA, J.; TRIMBLE, D. Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Fam Process*, Nova York, v. 44, n. 4, p. 461-475, 2005.
- SEIKKULA, J. *et al.* Five-year experience of first-episode non affective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*, Nova York, v. 16, n. 2, p. 214-228, 2006.
- SEIKKULA, J. *et al.* Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two - year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Hum Sci Serv*, Nova York, v. 5, n. 3, p. 163-182, 2003.
- SKALLI, L.; NICOLE, L. Specialized first-episode psychosis services: a systematic review of the literature. *Encephale*, Paris, v. 37, supl. 1, p. 66-76, 2011.

THOMAS, S. P. Open-dialogue therapy: can a Finnish approach work elsewhere? *Issues Ment Health Nurs.*, Nova York, v. 32, n. 10, p. 613, 2011.

ULLAND, D. *et al.* Generating dialogical practices in mental health: experiences from southern Norway, 1998-2008. *Adm Policy Ment Health*, Nova York, v. 41, p. 410-419, 2014.

WHITAKER, R. *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Nova York: Crown Publishing Group, 2010.

---

Recebido para publicação em outubro de 2016

Versão final em março de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - processo nº 6458/2014-09

# Subsídios para a construção de projetos em pesquisa social: reflexões epistemológicas e metodológicas

*Input and concepts for building social research projects: Reflections through epistemology and methodology*

Fernando Manuel Bessa Fernandes<sup>1</sup>, Marcelo Rasga Moreira<sup>2</sup>, Pablo Dias Fortes<sup>3</sup>

**RESUMO** O artigo dirige-se a alunos, docentes e pesquisadores. Visa a contribuir para o debate sobre construção e desenvolvimento de projetos de pesquisa, a partir da experiência profissional dos autores na docência da disciplina Metodologia em Pesquisa Social, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do DCS/Ensp/Fiocruz (Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz). Busca-se refletir sobre questões comuns, como: O que são ‘projeto de pesquisa’, ‘metodologia’, ‘método’, ‘objeto’, ‘objetivos’, ‘técnicas’? Como superar a recorrente confusão que se faz entre essas palavras, que gera problemas na construção de projetos? Como pensar as relações entre tais conceitos no processo de construção de um projeto de pesquisa e durante a sua execução?

**PALAVRAS-CHAVE** Conhecimento. Metodologia. Projetos de pesquisa.

**ABSTRACT** *This paper is written to students, university teachers, and researchers. It aims to contribute to the debate on construction and development of research projects, based on the authors' professional experience in teaching the discipline of Methodology in Social Research, in the Postgraduate Public Health Program of the Social Sciences Department of the Sergio Arouca National School of Public Health, of the Oswaldo Cruz Foundation (DCS/Ensp/Fiocruz). The aim is to reflect on common issues, such as: What are ‘research projects’, ‘methodology’, ‘method’, ‘object’, ‘objectives’, ‘techniques’? How to overcome the recurring confusion that takes place between these words, which creates problems in construction of projects? How to think of the relationships between such concepts in the process of construction of a research project and during its execution?*

**KEYWORDS** Knowledge. Methodology. Research design.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fernando.bessa@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rasga@ensp.fiocruz.br

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. pdiasfortes@gmail.com



## Introdução

*O real nunca é ‘o que se poderia achar’,  
mas é sempre o que se deveria ter  
pensado...*

*Diante do real, aquilo que cremos saber  
com clareza*

*ofusca o que deveríamos saber.*

Gaston Bachelard

O artigo dirige-se a alunos, docentes e pesquisadores das Ciências Sociais e Humanas, primordialmente, da área da saúde coletiva, e tem por objetivo contribuir, com subsídios tanto teórico-metodológicos quanto prático-instrumentais, para a qualificação do debate sobre construção e desenvolvimento de projetos em pesquisa social, tais como monografias de graduação e/ou trabalhos de conclusão de curso, assim como dissertações, teses e projetos de pesquisa em geral.

O artigo surge de reflexões epistemológicas dos autores, no âmbito das atividades de orientação e de docência na disciplina Metodologia em Pesquisa Social, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (DCS/Ensp/Fiocruz), nas modalidades *stricto* e *lato sensu*.

Nota-se que afloram, com regularidade, dúvidas e dificuldades de compreensão dos alunos sobre questões, tais como: o que se deve articular num projeto de pesquisa? O que são ‘metodologia’, ‘método’, ‘objeto’, ‘objetivos’, ‘técnicas’? Como superar a recorrente confusão que se faz entre essas palavras, que gera problemas na construção de projetos? Como pensar as relações entre esses conceitos no processo de construção de um projeto de pesquisa e durante a sua execução? Para dar conta dessas preocupações mais diretas, ao longo do tempo, textos têm sido elaborados (BACHELARD, 2002; CONTANDRIOPOULOS ET AL., 1994; DEMO, 1987; ECO, 1986; QUIVY; COMPENHOUDT, 1992; FERNANDES; MOREIRA, 2013;

GALERA, 2007; GOLDENBERG, 2007; KUHN, 1995; LIMA; MIOTO, 2007; MANN, 1970; MINAYO, 1998; OLIVEIRA; EPSTEIN, 2009; RICHARDSON, 1999; SALOMON, 2006; SANTOS, 2003). Essas, sem dúvida, são questões pertinentes e válidas, merecedoras de discussão permanente, daí o motivo deste artigo.

## A pesquisa como um processo – considerações teóricas sobre a construção de projetos em pesquisa social

Entre os alunos de pós-graduação em saúde pública com os quais temos trabalhado, em geral, percebe-se insegurança frente a questões de ordem teórica e prática no que concerne a elaborar projetos. O temor ao ‘erro’, ‘fracasso’ ou ‘incorrecção’ pode gerar e, ao mesmo tempo, ser gerado por um sentimento de inferioridade e incapacidade ao idealizarem e operacionalizarem seus projetos, se não seguirem à risca um ‘gabarito’, ‘receita de bolo’, ‘guia’ ou ‘manual’ descrevendo ações padronizadas sobre como fazer pesquisa, com chancela científica.

Esse sentimento, muitas vezes, cristaliza-se a partir de uma visão sobre a organização, elaboração, formatação e divulgação de trabalhos de pesquisa que postula e mitifica os métodos, as técnicas e a própria atividade científica como mecanicamente objetivos, impessoais e assépticos, ou seja, automaticamente padronizados e ‘neutros’ *a priori*.

Essa forma de pensamento tende a esvaziar o caráter político e simbólico-cultural inerente aos protagonistas e procedimentos da ciência, assim como de suas implicações. Tal caráter passa a ser visto como naturalmente estanque e relacionado à passionalidade, irracionalidade e subjetividade, tomado como indesejado por supostamente carecer de precisão, confiabilidade e concretude objetiva, características comumente associadas à prática científica.

Tal visão, levada ao extremo, implica uma abordagem estruturada com o efeito limitado e limitador de medir e traduzir em números, equações e relações estatísticas, em um determinado intervalo espaço-tempo, a polissemia e a plasticidade dos problemas que povoam as realidades a serem estudadas e dos atores que as vivenciam, num movimento de matematização do real. Contingencialmente, nesse movimento, fica nublado o fato de que a pesquisa social lida, em primeira e última instância, com seres humanos, de carne, osso, emoções e sentimentos, plásticos em essência, aparência e valor (ALVES, 2005; CRUZ NETO, 1998; FERNANDES; MOREIRA, 2013; MINAYO, 1998; MINAYO; SANCHES, 1993).

Por outro lado, também é fato que, com vigor, na área da saúde, a importância e a utilidade dos recursos teórico-práticos das ciências sociais têm se destacado, entre os quais, aqueles oriundos da antropologia, ciência política, história, direito, filosofia, administração, economia etc. Daí ser preciso cada vez mais subsidiar os interessados, no sentido de aprofundarem e articularem suas reflexões acerca da elaboração e da estruturação de seus projetos de pesquisa, combinando saberes e práticas (ALVES, 2005; COSTA, 2002; DESLANDES, 1997; FERNANDES; MOREIRA, 2013; LIMA; MIOTO, 2007; MINAYO; SANCHES, 1993; RICHARDSON, 1999; SERAPIONI, 200; TEIXEIRA, 2004).

Nesse movimento de aprofundamento, torna-se, por vezes, pertinente dar um passo atrás, a fim de que seja possível avançar dois passos à frente. Essa frase de Lênin, que tão bem ilustra o fluxo não linear de nosso pensamento, adequa-se aos propósitos e ao espírito deste artigo e traduz a necessidade de se fazer algumas breves considerações sobre as várias formas de compreensão do mundo produzidas pelos seres humanos e, especificamente, sobre ciência – tão presente na vida cotidiana destes dias que correm.

Ao longo da história, várias formas de pensamento humano foram desenvolvidas para conhecer, interpretar, entender, compreender, assimilar, explicar e definir o

mundo, assim como as questões tanto universais quanto particulares e íntimas que afligem a todos, enfim, para se conhecer a vida em si – individual e coletiva. É possível citar: arte, ciência, filosofia, religião, pensamento mágico e senso comum, basilar em relação a todas as outras formas. Todas compartilham o fato de serem leituras possíveis do que compreendemos por realidade, que, constantemente e ao mesmo tempo, criam, destroem, recriam, modificam e transformam realidades.

Não entrando no mérito e nas minúcias de cada uma dessas formas, pode-se afirmar que todas possuem alguma estruturação sistêmica e essência especulativa e reflexiva, o que lhes dá a competência de atribuir sentido e significado à chamada realidade. E, mais ainda, todas convivem de maneira nada isolada ou indiferente umas com relação às outras (ALVES, 2005; CRUZ NETO, 1998; MINAYO, 1998; MINAYO; SANCHES, 1993).

No decorrer do processo histórico, percebe-se que os adeptos mais aguerridos de uma ou outra dessas formas têm buscado alcançar destaque, na tentativa de afirmar e consolidar, para sua visão de mundo, o *status* de melhor ou única e correta maneira de lidar com a realidade. Tal interação configura uma constante disputa por hegemonia, com afastamentos, alianças e aproximações. Sabe-se que, muito embora essa interação possa provocar confrontos retóricos ou mesmo mais diretos, a disputa por hegemonia não compreende, necessariamente, a aniquilação total de uma forma de ver o mundo por outra.

Uma forma de compreender o mundo (e, portanto, de exercer poder sobre ele e, em última análise, de controlá-lo) hegemônica quando consegue instaurar uma situação de aceitação tácita de seus valores, universalizando-os e não demandando obrigatoriamente o uso da coerção física e da força bruta.

Entretanto, observa-se que, reiteradas vezes, ao longo da História, têm sido e são, mesmo em dias atuais e em sociedades tidas como progressistas, recorrentes episódios

tais como perseguições, constrangimentos e atos de intolerância dos mais diversos tipos e gerados pelas mais variadas causas.

Só que um mesmo indivíduo carrega em seu arcabouço cognitivo um potencial latente de protagonizar cada uma dessas formas de ver o mundo, dependendo de sua formação – o fato de alguém ser cientista não implica unidimensionalidade, podendo essa pessoa se expressar, também, por meio da arte, por exemplo. As fronteiras entre as formas são arbitrárias, fluidas, permeáveis.

Isto posto, na intenção de fundamentar as reflexões e para que se possa pensar sobre a construção de projetos de pesquisa, cabe focalizar a atenção em alguns aspectos sobre a discussão envolvendo o que se convencionou denominar ciência, sem menosprezo pelas outras formas de compreender o mundo.

A ciência – cuja raiz etimológica deriva do latim *scire*, significando conhecimento, saber, sabedoria – não é a única nem a melhor forma de compreensão do mundo. Caracteriza-se por propor e enfrentar problemas palpáveis e cotidianos e projetar suas soluções, lançando mão de teorias, métodos e técnicas sistematizadas para tal. Diferentemente das outras formas de compreensão do mundo, a ciência retroalimenta-se ao produzir conhecimento dinâmico e replicável, gerando concretude em seus resultados voltados para os interesses das sociedades, formando-as, informando-as e re-formando-as por conta de sua capacidade intrínseca de efetuar verdadeiras ‘profecias autorrealizáveis’ (ALVES, 2005; COLLET; ROZENDO, 2001; KUHN, 1995; OLIVA, 2003; SALOMON, 2006; SANTOS, 2003).

É interessante notar que, mesmo entre os cientistas – assim como em cada uma das outras formas de ver o mundo –, o processo de disputa por hegemonia também se faz presente. Essa disputa aparece, por exemplo, na clássica divisão entre as ciências naturais ou da natureza (chamadas de ‘duras’ ou *‘hard sciences’*) e as ciências humanas, (‘leves’ ou *‘soft sciences’*), divisão que espelha a distinção de objetos de estudo e a dicotomia

natureza/cultura: nas ciências naturais, objetos concretos e mensuráveis, pertencentes à natureza; nas ciências humanas, objetos abstratos, portanto, imponderáveis e subjetivos, relacionados aos seres e às relações humanas. Interessante notar que essa distinção postula que o que é humano estaria apartado da natureza, como se fossem opostamente estanques ‘naturalmente’...

Assim como nas ciências ditas naturais, nas humanas, mais especificamente, nas ciências sociais, também ocorre disputa por hegemonia, visível pelo embate entre as variadas correntes ou escolas de pensamento: marxismo ou materialismo histórico/dialético, positivismo, fenomenologia etc. e os artifícios procedimentais por elas desenvolvidos para lidar com a realidade.

Compreende-se, aqui, realidade não como sinônimo de real. Na verdade, essa é uma questão metafísica e ontológica crucial da filosofia ao longo dos séculos, e o presente artigo não poderia ter a pretensão de resolvê-la. Mas, para efeito de definição e em atenção a fins expositivos, real seria tudo que compõe o mundo, seja de ordem concreta ou abstrata, cuja compreensão em sua totalidade é vedada ao conhecimento humano, posto que este está impedido de apresentar o atributo da onisciência. Assim, para fins deste artigo, a realidade, ou, melhor dizendo, as possíveis realidades, seriam aproximações ou representações que os seres humanos fazem do real, construídas a partir dos olhares adotados.

Esse entendimento auxilia na dessacralização e desmitificação da ideia clássica de ciência, pois permite perceber que ela é – como toda produção humana – parcial, limitada, polissêmica; enfim, não está isenta de historicidade, de cultura, de relações de poder, de dominação política e de direcionamento ideológico.

Muito pelo contrário, observa-se que mesmo os que advogam e propõem a objetividade e a neutralidade axiológica do fazer científico não escapam das injunções

advindas da natureza humana, plasmada no viver em sociedade. Esse é um lembrete por vezes negligenciado por todos os que vivem na, da e pela ciência.

Contudo, há de se ter cuidado para não se adotar posturas maniqueístas e demonizadas da ciência, atribuindo um peso exagerado a seus problemas, dificuldades, limitações, incapacidades de explicação e vinculações político-ideológico-econômicas atuantes em seus usos e abusos. Assim como toda e qualquer outra visão de mundo, a ciência, na qualidade de ação humana, demanda ser humanizada e humanizadora.

E parece ser acertado notar que a humanização da ciência inexoravelmente passa pela consciência de que suas atividades típicas de ensino e pesquisa são expressões da humanidade, tanto dos que são quanto dos que não são cientistas, conforme afirma Paulo Freire (1996, p. 32):

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino... Ensino porque busco... Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

Nesse contexto se produz ciência, com o adendo de que o pesquisador, ao pesquisar, também coloca em xeque o que já conhece: nas palavras de Karl Popper, “A solução consiste em perceber que todos podemos errar, individual ou coletivamente, e que erramos com frequência...” (1994, p. 51).

A ciência constrói seu caminho, faz-se, cresce e afirma-se como uma visão e, também, como uma explicação de mundo, ao infundir e participar do debate entre as diferentes visões e acerca de seus próprios procedimentos. Nem melhor, nem pior que o pensamento religioso, por exemplo. Porém, diferente, e é nessa diferença que o cientista-pesquisador deve trabalhar, consciente de que fazer ciência não implica o cumprimento de um percurso pré-formatado que deve ser

rígida e mecanicamente seguido: “A ciência reclama pessoas flexíveis e inventivas e não rígidos imitadores de padrões de comportamento estabelecidos” (FEYERABEND, 2007, p. 221).

De fato, no processo da pesquisa, a adoção de postura simultaneamente cautelosa e criativa por parte do pesquisador tende a produzir preciosas narrativas e conhecimentos relevantes e inovadores.

Ao anunciar novidade, o pesquisador gera e movimenta debate, posto que outros também estão pesquisando, com outros instrumentais teóricos e práticos, direcionamentos e propósitos. Do debate, surgem novas demandas, que os obrigam a reiniciar ciclos de pesquisa, buscando conhecer outros aspectos e realidades, e anunciando-os novamente, mantendo o ciclo em espiralado movimento, indefinidamente.

Adotar uma ideia dogmática de verdade tornaria o trabalho do pesquisador nada inquietante, admitindo-se a inquietação – aparentada da curiosidade – como a centelha que inflama a vontade de saber. Pistas adicionais sobre o papel da inquietação estão numa das possíveis definições de pesquisa:

[...] processo no qual o pesquisador tem uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta ‘uma carga histórica’ e reflete posições frente à realidade. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 23).

E para que o trabalho do pesquisador seja satisfatório no desenrolar de seu caminho, ações, estratégias e ferramentas demandam ser imaginadas, planejadas, desenvolvidas, concretizadas, refletidas, submetidas a teste e questionadas. Pesquisar é preciso. Porém, pesquisar também é impreciso! E pesquisar é estudar!

Não é gratuito notar que estudo é um sinônimo para investigação e também para pesquisa, vocábulo esse que, em inglês, é

*research*, e, em francês, *recherche*. Ambos vêm, respectivamente, das palavras *search* e *cherche*, significando a ideia de busca. E nessas palavras, identifica-se a raiz francesa *cher* – querido, ou seja, algo que se quer. Num projeto de pesquisa, portanto, é fundamental a estruturação clara acerca do que, do por que, do como e do para que se busca.

## **A pesquisa como um processo – considerações conceituais fundamentais para a construção de projetos em pesquisa social**

Marx, tanto em sua análise sobre o cotidiano quanto em sua reflexão metodológica, afirmava que os indivíduos são capazes de construir seus próprios caminhos, a partir da estrutura econômica, histórica, política e social em que se encontram, vivem e pesquisam. Daí ser preciso estudar essa estrutura e conhecê-la, para que se possa nela intervir e transformá-la.

Logo, os interessados em efetuar uma pesquisa, ao construir seu caminho, devem buscar evitar o que seria um equívoco: desdenhar das teorias e reflexões metodológicas existentes ou cair na arrogância de querer impor seu raciocínio como o melhor ou o correto. Os caminhos percorridos não serão os mesmos, mas as experiências vivenciadas por outros podem (e devem) ser aproveitadas, se não para serem replicadas, para serem debatidas. Logo, espera-se que o pesquisador esteja disposto a investigar, analisar e promover o debate, fazendo contribuições para o desenvolvimento do conhecimento com observância de uma postura ética e voltado para o bem-estar coletivo.

Fundamentalmente, a maneira do pesquisador observar, captar, compreender, sentir e explorar o mundo faz com que se estabeleçam quadros ou modelos explicativos e elabore interpretações compartilhadas com

seus pares e com a sociedade em geral por meio de palavras, ou seja, utilizando-se da linguagem como meio e ferramenta, ainda que limitada pelas barreiras e dificuldades intersubjetivas de expressão e difusão.

Talvez uma boa metáfora seja a ideia figurativa de um mapa elaborado pelo pesquisador, que pode ajudar a entender tanto particularidades quanto generalidades, auxiliando em direção a um melhor entendimento de um dos múltiplos aspectos da complexidade do assim chamado mundo real.

Contudo, tomados todos os cuidados, não pode ser esquecido que o modelo explicativo elaborado não se confunde com aquilo que se chama de real nem com o que aqui se chama realidade. Metáforas podem ser eficientes, mas são imperfeitas: o mapa não é o território (KORZYBSKI, 1994); antes, é uma imperfeita tradução do território. Mas configura-se num modelo.

Neste sentido, ‘modelo explicativo’ pode ser entendido como uma tentativa de representação da realidade, relacionada a um *corpus* teórico, ou seja, a uma teoria. Esta pode ser entendida como sendo um conjunto de conceitos, definições, categorias e proposições sistematicamente inter-relacionados para explicar a realidade. A diferenciação ocorre na medida em que a teoria é marcada pelo caráter eminentemente explicativo, ao passo que o modelo distingue-se, também, pelo caráter representativo, podendo tanto subsidiar a elaboração de uma teoria quanto potencializar o entendimento dos conceitos de uma teoria.

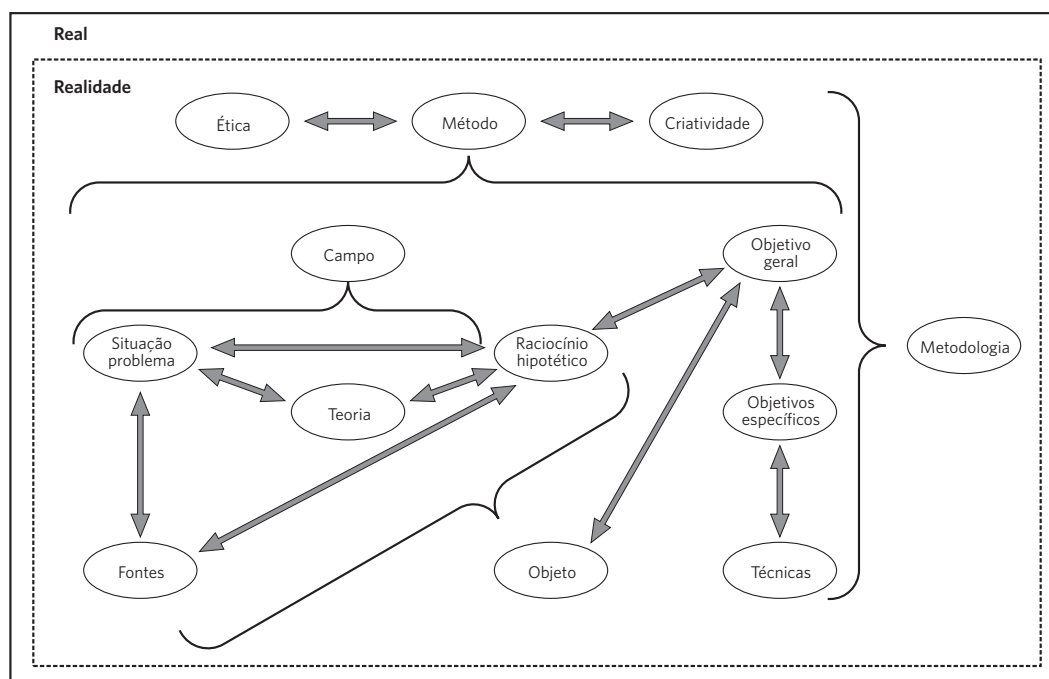
No processo de pesquisa, compreende-se método pelo caminho traçado e percorrido pelo pesquisador para se atingir objetivos na sua prática, e chega-se ao entendimento de que o caráter científico de uma atividade investigativa, entre outros requisitos, não pode prescindir da indagação voltada para as próprias ações e pensamentos que engendram o método utilizado. Daí compreende-se metodologia, ou seja, o estudo do método, consistindo em conhecimento de segunda ordem

e de natureza epistemológica, um conhecimento sobre o conhecimento, metaconhecimento nascido e plasmado na reflexão sobre o caminho dos pesquisadores no exercício de sua forma de visão/explicação do mundo (ALVES, 2005; BACHELARD, 2002; MORIN, 2005; OLIVA, 2003; SALOMON, 2006).

Pode-se dizer que o caminho do pesquisador, ou seja, o método, possui dimensões: os conceitos e categorias que fundamentam a

teoria com a qual se trabalha e que subsidiam o raciocínio hipotético, a definição do objeto, as técnicas que operacionalizam o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o uso da criatividade e a observância dos princípios éticos instituídos. A seguir, na *figura 1*, observa-se um esquema que busca ilustrar panoramicamente o processo de pesquisa, contextualizando os seus elementos componentes no que concebemos como real e realidade:

Figura 1: Esquematização dos componentes do processo de pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Nota: A Situação-Problema, a Teoria e o Raciocínio Hipotético compõem o Modelo Explicativo.

Se toda caminhada começa com um primeiro passo, haveria, portanto, um ponto de partida para esse caminhar do pesquisador? Onde começaria seu trabalho? Seria a partir da realidade experienciada no seu dia a dia? Seria a partir das reflexões, percepções, observações, sentimentos, ideias e pré-conceitos do próprio pesquisador? Ou seria na relação entre ambos?

De fato, é exatamente essa relação que faz com que o pesquisador encare algum aspecto

da realidade como uma 'situação-problema', algo que o afeta, demanda e propicia oportunidade de realizar um estudo. Os problemas que interessam ao pesquisador não estão dados pela natureza, já prontos e acabados para serem coletados, sistematizados, interpretados, descritos, analisados, explicados. Eles derivam da correlação entre a concepção de mundo e a realidade vivenciada pelo pesquisador via pesquisa, e, inclusive, não pode ser isenta de prazer:



La investigación tiene que suscitar placer, tiene que ser placer. Uno no puede entender que alguien estudie o investigue algo que no le gusta o que no le agrada, aunque casos se ven. (ROZO, 2007, P. 98).

Ter que lidar com uma situação-problema significa, também, que o que é considerado problema, para alguns, pode não ser para outros, pois não há garantias de que a mesma situação seja encarada como um problema por duas ou mais pessoas diferentes. Só que o modo de se pensar e de se propor tentar encontrar possíveis soluções para esse problema é fundamental para lhe conferir caráter científico – cientificidade.

A situação-problema está inscrita num tema, dentro do contexto profissional e sociocultural do pesquisador, por conta da empatia e da ênfase que ele tem com um determinado assunto, e geralmente já explorado por outros autores. O movimento de escolha do tema protagonizado pelo pesquisador equivale a delimitar a grande área do conhecimento de interesse a ser pesquisada:

Fazer uma tese significa, pois, aprender a por ordem nas próprias idéias e ordenar os dados: é uma experiência de trabalho metódico; quer dizer, construir um 'objeto' que, como princípio, possa também servir aos outros. Assim, não importa tanto o tema da tese quanto a experiência de trabalho que ela comporta [...] embora seja melhor fazer uma tese sobre um tema que nos agrada, ele é secundário com respeito ao método de trabalho e à experiência daí advinda. Ainda mais: trabalhando-se bem, não existe tema que seja verdadeiramente estúpido. Conclusões úteis podem ser extraídas de um tema aparentemente remoto ou periférico. (ECO, 1986, P. 5).

Toda pesquisa demanda um projeto, e, nele, quando o pesquisador realiza o levantamento de base teórico-conceitual, está lidando com as ideias de autores que já trabalharam o tema. Cabe, desta forma, ao

pesquisador procurar promover o diálogo desses autores entre si e deles consigo, a fim de formar e enriquecer suas próprias concepções.

Avançando na busca dos elementos que serão fundamentais para dar conta dos objetivos e situar o que será estudado, torna-se necessário procurar, identificar e acessar fontes de informação, divididas em dois tipos, lembrando que se trata de pesquisa social: fontes primárias, constituídas pelas pessoas que transmitem a informação para o pesquisador em primeira mão, ou seja, cuja informação ainda não foi transmitida e/ou sistematizada, permanecendo em estado bruto no raciocínio e na emoção daquele(s) indivíduo(s) que as veicula(m); e fontes secundárias, constituindo bancos de dados, livros, atas, boletins de ocorrência, censos, estatísticas, prontuários médicos, registros audiovisuais, textos digitais ou documentos em geral, nos quais as informações já estão registradas e sistematizadas. Fala-se em fontes secundárias não em sentido pejorativo, por fornecerem informações inferiores, mas, sim, por fornecerem informações que já foram transmitidas e/ou submetidas a um processo de sistematização, mesmo que simples.

O pesquisador não tem como se abster, portanto, de buscar as fontes onde elas estão: no 'campo de pesquisa', conceito esse pelo qual compreende-se uma construção intelectual do pesquisador, que, partindo da realidade, situa o objeto, os objetivos, as técnicas e os sujeitos a serem investigados, pertencentes ao processo da pesquisa. No que tange à pesquisa social:

Concebemos campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação [...] Além do recorte espacial, em se tratando de pesquisa social, o lugar primordial é ocupado pelas pessoas e grupos convivendo numa dinâmica de interação social.

Essas pessoas e esses grupos são os sujeitos de uma determinada história a ser investigada, sendo necessária uma construção teórica para transformá-los em objetos de estudo. (CRUZ NETO, 1998, P. 53-54).

O campo não é ‘a realidade’: é uma construção mental de leitura de uma realidade elaborada pelo pesquisador no qual ele, necessariamente, faz um recorte redutor dela, instruída pela teoria e matizada por seus objetivos de pesquisa:

A compreensão desse espaço da pesquisa não se resolve apenas por meio de um domínio técnico. É preciso que tenhamos uma base teórica para podermos olhar os dados dentro de um quadro de referências que nos permite ir além do que simplesmente nos está sendo mostrado. (CRUZ NETO, 1998, P. 61).

Nesse processo, o pesquisador insere-se e lida com três dimensões: 1) o espaço concreto onde os sujeitos que integram a realidade da pesquisa travam as relações que interessam aos objetivos da pesquisa; 2) o tempo histórico em que os sujeitos convivem nesse espaço; e 3) as próprias relações sociais que se engendram entre os sujeitos nesse tempo e nesse espaço.

Imperativos éticos estabelecidos referentes ao estudo relacionado a seres humanos devem ser seguidos, sendo necessários alguns cuidados: o envolvimento compreensivo por parte de todos os envolvidos, incluindo, principalmente, o pesquisador; a apresentação da proposta de estudo aos grupos envolvidos; a garantia de que eles não são obrigados a uma colaboração sob pressão, e outros (CRUZ NETO, 1998, P. 55). Os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos podem ser acessados no sítio eletrônico da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2017) do Conselho Nacional de Saúde.

De início, o problema detectado numa determinada situação é geralmente extenso, com múltiplas facetas e amplas possibilidades

de abordagem. É preciso, portanto, adequar a situação-problema às demandas da pesquisa, por intermédio de um exercício metodológico. Trata-se de um processo chamado de ‘recorte’ do objeto, compreendido como um *constructo* ou uma construção analítica, portanto, algo que não se confunde à realidade em si, mas que é essencial para que se possa estudá-la.

Posto que a situação-problema não está solta ou descolada de qualquer realidade, ela se insere no campo, o qual corresponde, em termos empíricos, ao recorte teórico definido pelo pesquisador. Assim, o modelo mental de leitura da realidade construído, necessariamente, é um recorte, uma redução, por parte do pesquisador, matizada por seus objetivos de pesquisa e que se materializa num espaço geográfico e numa temporalidade delimitados, mas que também apresenta um plano abstrato no que tange à delimitação teórica.

O pesquisador elabora e demarca o problema, isto é, as relações inerentes à situação daquela dada realidade que lhe despertou a atenção. E, para iniciar a busca de uma forma de explicação e análise do problema, formula uma pergunta, por alguns autores também chamada de ‘questão norteadora’, de maneira a não se ter respostas simples como ‘sim’ e ‘não’. Isso se justifica pelo fato de que se é formulada uma questão cuja resposta é, de antemão, categórica, a pertinência de um estudo, nesse caso, ficaria comprometida, pois esse tipo de resposta imediata atende à pergunta, porém, não explica o problema.

A essa altura, paralelamente à configuração da situação-problema, cabe indagar: o que é relevante para ser demonstrado na pesquisa? O que, na área temática e profissional, é relevante apresentar? O que se precisa saber sobre aquele tema e aquele objeto específico? E, finalmente, por que se deve estudar o que se propõe? A esse ‘por que’ corresponde a justificativa da pesquisa.

O processo de delimitação ou recorte do objeto, portanto, é facilitado e realiza-se de maneira pragmática, por intermédio do

emprego das locuções ‘por que?’, ‘que?’ e ‘para que?’. Esse recorte demanda investimento teórico, ou seja, o estudo e o domínio da teoria acerca do tema no qual a situação-problema se insere. Tanto o pragmatismo quanto o investimento teórico estão, consequentemente, em movimento dialético, quer dizer, em constante interação, contraposição e composição de ideias. Com o recorte, o objeto da pesquisa – ou seja, o que se quer estudar – vai tomando contornos nítidos, e o modelo mental de leitura de um aspecto da realidade do pesquisador, paulatinamente, institui-se como modelo descritivo, explicativo e analítico.

Há de se atentar para o fato de que ‘objeto’ é expressão caudatária da terminologia das ciências naturais. Em situações que envolvam diretamente seres humanos, é necessária a atenção do pesquisador para o risco de reificação dos sujeitos e das relações por eles engendradas, o que desvanece a humanidade intrínseca dos mesmos.

Em sua primeira versão, o objeto é enunciado como se fosse composto de duas partes. Uma delas diz respeito diretamente aos sujeitos (que podem ser coletivos ou indivíduos e até mesmo processos e procedimentos), e a outra diz respeito às relações e ações que eles desempenham e/ou sofrem. Relembrando a maneira pragmática de recorte citada, o objeto da pesquisa equivaleria ao ‘o que’ estudar.

Admitir que sujeitos e relações por eles travadas possam ser objeto de estudo é compreender que a pesquisa deve, em seu caminho, levar em consideração os aspectos da historicidade e da ideologia inerentes da ocorrência de interação e, por conseguinte, da impossibilidade de neutralidade.

Nesse processo de abordagem, elaborando perguntas em diálogo com a literatura, o pesquisador produz, *pari passu*, respostas, naquilo que pode ser chamado de ‘raciocínio hipotético’. Inicialmente, são respostas breves, generalistas e incompletas, mas que apontam os primeiros passos e rumos do caminho.

O raciocínio hipotético contém, a partir da questão norteadora, a afirmação categórica inicial do pesquisador, também chamada de hipótese, ou seja, uma pré-solução da situação-problema, que pode vir a ser confirmada ou não, ao ser submetida a teste por intermédio da pesquisa.

Esse conjunto de reflexões (sobre situação-problema, objeto, objeto, raciocínio hipotético/hipótese) torna-se o primeiro esboço de modelo explicativo e que compele o pesquisador a confrontá-lo com a realidade. Não convém que tal processo seja presidido por uma atitude que vise a corroborar seu modelo e seus raciocínios hipotéticos a qualquer custo. Certamente, é um equívoco se o pesquisador busca forçar a realidade ou os fatos para que respondam às respostas desejadas às suas questões. A frase de Francis Bacon, ‘extrair da natureza, sob tortura, todos os seus segredos’, revela um ambicioso desejo humano, porém, inexecutável, de pretensioso controle absoluto.

A atitude do pesquisador, que mais parece coadunar com a consciência de que sua capacidade cognitiva não é absoluta, deve ser uma atitude de testagem e experimentação, de constante construção, desconstrução e re-construção de seu pensamento. Nesse processo, ele percebe em que medida e de que modo o seu modelo descreve, explica e analisa a realidade, como explica e de que modo não a explica, além do que, com isso, identifica em quais aspectos seu modelo é frágil, a fim de buscar aperfeiçoá-lo e, mais tarde, novamente, submetê-lo a teste.

Em harmonia com o raciocínio hipotético, os procedimentos do pesquisador se desenvolvem atendendo a uma finalidade, consubstanciada nos objetivos da pesquisa (também chamados de metas), que são o que o pesquisador pretende atingir, ou seja, ‘para que’ será feita a pesquisa. Usualmente, estabelece-se um objetivo geral relacionado à hipótese que informa qual é a intenção do pesquisador e alguns objetivos específicos relacionados aos modos, tarefas,

procedimentos, processos ou estratégias sem os quais o objetivo geral não pode ser atingido.

Definindo ‘por que’ (justificativa), ‘o que’ (objeto) e ‘para que’ (objetivos) da pesquisa, delimitam-se quais informações precisam ser levantadas. Para tanto, precisa-se de técnicas de pesquisa, entendidas como os procedimentos sistematizados que o pesquisador realiza para obter as informações necessárias, organizá-las, sistematizá-las, trabalhá-las e analisá-las, a fim de que possa atingir seus objetivos, ou seja, ‘como’ será operacionalizada a pesquisa.

As técnicas podem ser manejadas de maneira isolada ou em conjunto, o que confere ao pesquisador a ampliação das possibilidades de ter acesso às informações que lhe são necessárias. Do ponto de vista do método, do caminho do pesquisador, as técnicas começam a ser definidas desde o momento em que se recorta o objeto. Contudo, o momento em que sua definição torna-se mais premente é aquele no qual são definidos os objetivos da pesquisa.

Isso significa que as técnicas possuem limitada autonomia metodológica para definir o objeto e/ou os objetivos de uma pesquisa. Em outras palavras: não se parte de uma técnica para se construir um objetivo ou um objeto de pesquisa! São os objetivos específicos de uma pesquisa que conduzem a escolha e a aplicação das técnicas. As informações que elas levantam, submetidas à análise, levam o pesquisador a conhecer seu objeto. Pode até ser que, ao ampliar esse conhecimento sobre o objeto, o pesquisador reestruture seus objetivos, gerando futuras novas necessidades de informações e, portanto, a aplicação de novas técnicas.

Nas pesquisas envolvendo fontes primárias, é na dimensão espacial do campo de pesquisa que se aplicam técnicas para levantar informações – o trabalho de campo –, pois é nele que convivem os sujeitos que podem fornecer as informações necessárias para o pesquisador atingir seus objetivos e é nele que as inter-relações ocorrem.

A Internet, com seus múltiplos recursos interativos, constitui um novo e amplo repertório de informações a ser explorado pela pesquisa científica. Essas inovações têm se configurado, cada vez mais e velozmente, em possibilidades de intercâmbio de experiências marcadas pela virtualidade, ou seja, o contato entre indivíduos sem interação física. A partir dessas inovações, é possível se falar em ‘campo virtual de pesquisa’ e, por conseguinte, em novas possibilidades investigativas, sendo o virtual compreendido como realidade factual. Não cabe aqui aprofundar esse tema, porém, ainda assim, é necessário ressaltá-lo e reafirmar as inúmeras potencialidades que essa incorporação do virtual à pesquisa pode trazer para o processo investigativo (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

O pesquisador deve estar atento para o fato de que sua presença no campo – seja ela virtual ou não – interfere na rotina e na vida dos sujeitos, o que torna a pesquisa uma prática que deve ser revestida de cuidados, responsabilidade e ética para com todos aqueles que estejam participando.

Além disso, se a presença do pesquisador no campo é capaz de alterá-lo – por força das influências que tem nos sujeitos e nas suas relações, que ocorrem o tempo inteiro –, ela também deve ser entendida como um dado da pesquisa, pois o pesquisador não vai a campo como uma tábula rasa à qual as informações se inscreverão ou revelarão automaticamente. Sua própria bagagem cultural, seus pré-conceitos e suas subjetividades, do mesmo modo que as dos sujeitos da realidade em tela, devem ser consideradas. Lidando-se com questões na área da saúde, não poderia ser diferente:

Como em qualquer processo social, o objeto ‘Saúde’ oferece um nível possível de ser quantificado, mas o ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser apriacionadas em variáveis [...] Qualquer ser humano, qualquer grupo ou classe social é uma

multiplicidade de relações e de relações entre relações. (MINAYO; SANCHES, 1993, P. 251).

Logo, para que o trabalho – tanto de pesquisa como um todo quanto o de campo – flua adequadamente, um bom planejamento é indispensável. E no ato de planejar está justamente o cerne do sentido que um projeto de pesquisa contém.

## **A pesquisa como um processo – considerações práticas sobre a construção de projetos em pesquisa social**

Um projeto de pesquisa pode ser entendido como uma ‘carta de intenções’ cuja elaboração demanda considerações de ordem prática. A primeira delas diz respeito a elementos que influem decisivamente na metodologia, tanto na elaboração do projeto quanto na execução da pesquisa: as questões da temporalidade, dos recursos e do investimento teórico. Esses são alguns dos fatores que, do ponto de vista do pesquisador, interferem na escolha de um tema para o trabalho de pesquisa e, conseqüentemente, na estruturação do seu projeto (COUTINHO; CUNHA, 2004; GIL, 2002; MINAYO, 2004; POPPER, 2007).

Podem ser listados fatores internos e externos. Entre os primeiros, destacam-se:

- A dedicação do pesquisador, traduzida pelo grau de afetividade, empatia e

interesse pessoal. O usual é que um pesquisador explore temas que lhe sejam agradáveis;

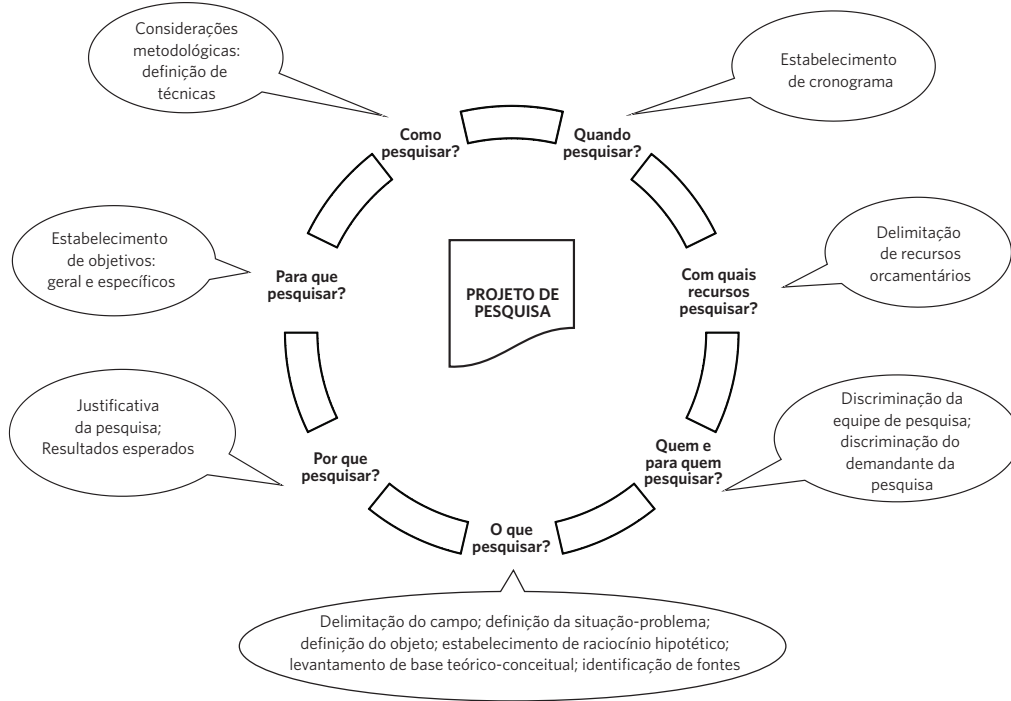
- O tempo que o pesquisador pode dedicar para a realização da pesquisa, visto que sua vida transcende as atividades profissionais ou acadêmicas;
- O limite das capacidades cognitivas do pesquisador, já que é grande a variabilidade dos investimentos teóricos a serem feitos com relação a aspectos da realidade passíveis de serem entendidos como situação-problema.

Como fatores externos, figuram:

- A significação e a relevância do tema escolhido, o ineditismo e os valores acadêmicos e sociais inerentes aos resultados do estudo;
- O limite de tempo disponível, determinado pela natureza da demanda institucional. Por exemplo, pesquisas encomendadas por uma instituição a um grupo de pesquisadores possuem temporalidades diversas de um trabalho de conclusão de curso;
- A disponibilidade de material de consulta, dados e fontes necessários para a realização do trabalho.

A segunda consideração diz respeito à estruturação lógica que o documento deve apresentar. Questões fundamentais seriam as seguintes:

Figura 2. Estruturação lógica de um projeto de pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Convém recordar que a estruturação de projetos de pesquisa varia de instituição para instituição, mas os elementos fundamentais são consensuados no País e seguem recomendações da instituição responsável pela normalização técnica (ABNT, 2005).

Especificamente sobre a questão dos recursos financeiros, percebe-se que não é uma obrigatoriedade. Somente se a pesquisa requerer financiamento, em seu projeto, o pesquisador discrimina o orçamento necessário para a execução. Portanto, é tópico facultativo e geralmente não cabível em projetos de monografias, trabalhos de conclusão de curso, dissertações ou teses.

Em se tratando de quem realizará a pesquisa e para quem será realizada, o caráter facultativo novamente se apresenta. Dependendo da pesquisa, uma equipe será necessária, e, nesse caso, torna-se conveniente discriminar as funções. O mesmo ocorre se a pesquisa foi demandada por alguma instância financiadora ou instituição.

Como terceira consideração, propõe-se a reflexão sobre um exercício utilizado em sala de aula pelos autores deste artigo, na forma de tópicos a serem contemplados pelos alunos:

- 1) Discorrer sobre uma situação observada numa dada realidade, problematizando-a dentro de um tema da área da saúde (situação-problema) e indicando por que ela deve ser feita (justificativa). Discorrer sobre possíveis benesses para a coletividade, a comunidade científica/Ciência e para os sujeitos da pesquisa;
- 2) Tomando por base um *'corpus teórico'* e a partir da correlação entre a situação-problema e a justificativa, discorrer brevemente sobre os conceitos considerados fundamentais para a pesquisa;
- 3) Formular uma pergunta ou um conjunto de perguntas articuladas (questão/ões norteadora/s) que sintetize(m) o problema



identificado, de modo a não admitir resposta simplista. Dando seguimento, formular uma resposta com caráter provisório (hipótese) à(s) pergunta(s);

4) Levando em consideração o ‘raciocínio hipotético’ elaborado, enunciar numa frase curta e direta o que se pretende estudar, ou seja, recortar o objeto;

5) Estabelecer o objetivo geral da pesquisa numa frase curta e direta, enunciando para que a pesquisa será feita, e, a partir de toda essa reflexão, estabelecer os objetivos específicos, inter-relacionados. Diferenciar o que se gostaria que a pesquisa gerasse com o que se propõe que a pesquisa efetivamente produza, de modo a não confundir com a justificativa nem com atividades e objetivos de gestão, já que monografias, trabalhos de conclusão de curso, dissertações ou teses são documentos acadêmicos;

6) Indicar as técnicas de levantamento, sistematização e análise de informações a serem utilizadas, a partir dos objetivos específicos.

Com isso, espera-se terem sido trazidas contribuições para o debate sobre a construção de projetos de pesquisa e fornecidos insumos teórico-práticos para aqueles que se

deparam com essa demanda, notadamente, os alunos de pós-graduação que constituem a população-alvo do artigo e que ensinaram a elaboração do mesmo.

As reflexões aqui apresentadas não poderiam fugir ao desejo de favorecer e fortalecer o debate, no sentido de buscar torná-lo ainda mais prolífico e fazer, assim, com que a elaboração de projetos de pesquisa não seja um processo sofrido e penoso para os alunos. Também se espera que seja suscitada a continuidade das reflexões que a atividade científica demanda, na provocação de novas e criativas indagações sobre os caminhos percorridos, experimentados e refletidos pelos que cultivam a constante inquietude da busca multifacetada e sem fim do conhecimento.

Os limites, dificuldades, obstáculos e problemas da e na atividade de pesquisa devem, portanto, ser compreendidos no âmbito da dinâmica de produção de conhecimento em uma sociedade em constante e veloz transformação. Gaston Bachelard (2002, p. 45) resume o processo científico de forma bastante sucinta: “O fato científico é conquistado, construído e verificado”; Conquistado sobre Preconceitos; Construído pela Razão; Verificado nos Fatos.

E complementamos: Temperado pela emoção. ■

## Referências

- ALVES, R. *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e a suas regras*. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). *NBR 14724: Informação e Documentação. Trabalhos Acadêmicos. Apresentação*. Rio de Janeiro: ABNT, 2005.
- BACHELARD, G. *A formação do espírito científico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa*. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Questões metodológicas da pesquisa no campo da saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 106-111, 2001.
- CONTANDRIOPOULOS, A. et al. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- COSTA, M. C. S. Intersubjectivity and historicity: contributions from modern hermeneutics to ethnographic research. *Rev Latino-Am Enfermagem*, São Paulo 2002, v. 10, n. 3, p. 372-382, 2002.
- COUTINHO, M. T. C.; CUNHA, S. E. *Os caminhos da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- ECO, U. *Como se faz uma tese*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1986.
- FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2013.
- FEYERABEND, P. *Contra o método*. São Paulo: Unesp, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GALERA, J. M. B. Epistemologia e conhecimento científico: refletindo sobre a construção histórica da ciência através de uma docência investigativa. *Revista Tecnologia & Humanismo*, Curitiba, v. 21, p. 96-106, 2007.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar*. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- KORZYBSKI, A. *Ciência e sanidade: uma introdução para sistemas não-aristotélicos e semântica geral*. 5. ed. New Jersey: Instituto de Semântica Geral, 1994.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 3. ed. São Paulo: Perspectivas, 1995.
- LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.
- MANN, P. *Métodos de investigação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1970.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- \_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:

Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? *Cad Saude Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MORIN, E. *O método III: o conhecimento do conhecimento*. Porto Alegre: Sulina, 2005.

OLIVA, A. *Filosofia da ciência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. (Coleção Passo a Passo; n. 31).

OLIVEIRA, J. A.; EPSTEIN, I. Tempo, ciência e consenso: os diferentes tempos que envolvem a pesquisa científica, decisão política e opinião pública. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 423-33, abr./jun. 2009.

POPPER, K. R. *A lógica da pesquisa científica*. 19. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

\_\_\_\_\_. As origens do Conhecimento e da Ignorância. In: \_\_\_\_\_. *Conjecturas e refutações: o progresso do conhecimento científico*. Brasília, DF: Editora UNB, 1994, p. 31-54.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992.

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

ROZO, O. P. La investigación es un placer. *Revista Aquichan*, Chía, Colômbia, v. 7, n. 1, 2007.

SALOMON, D. V. *A Maravilhosa incerteza: pensar, pesquisar, criar*. São Paulo: Martins Fontes Editora, 2006.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

TEIXEIRA, M. O. As ciências sociais entre biólogos e vacinas: agruras do estudo em um laboratório. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 159-172, 2004.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016  
Versão final em fevereiro de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos e o linfoma não Hodgkin

## *Environmental and occupational exposure to pesticides and the non-Hodgkin lymphoma*

Vanessa Indio do Brasil da Costa<sup>1</sup>, Márcia Sarpa de Campos de Mello<sup>2</sup>, Karen Friedrich<sup>3</sup>

**RESUMO** Este ensaio versa sobre a exposição a agrotóxicos e o risco de desenvolvimento de linfoma não Hodgkin (LNH), um tipo de câncer hematológico que teve aumento progressivo nas últimas décadas no Brasil e no mundo. Foi realizada uma revisão integrativa para avaliar a associação de agrotóxicos com a indução de LNH. A pesquisa mostrou que os agrotóxicos ácido diclorofenoxiacético (2,4-D), diazinona, glifosato e malationa estão associados a essa neoplasia e compartilham alguns mecanismos de carcinogenicidade. Essas informações podem subsidiar medidas regulatórias mais restritivas e que contemplem a realidade da exposição a misturas de agrotóxicos, amplamente utilizados no meio rural e urbano.

**PALAVRAS-CHAVE** Exposição ocupacional. Saúde do trabalhador. Agroquímicos. Linfoma não Hodgkin.

**ABSTRACT** *This essay deals with the exposure to pesticides and the risk of non-Hodgkin lymphoma (NHL) development, a type of hematological cancer that has progressively increased in recent decades in Brazil and the world. An integrative review was conducted to evaluate the association of pesticides with the induction of NHL. The research showed that the pesticides dichlorophenoxyacetic acid (2,4-D), diazinon, glyphosate and malathion are associated with this neoplasia and share some mechanisms of carcinogenicity. This information may subsidize more restrictive regulatory measures and that contemplate the reality of the exposure to mixtures of pesticides, widely used in rural and urban environments.*

**KEYWORDS** *Occupational exposure. Occupational health. Agrochemicals. Non-Hodgkin lymphoma.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), Coordenação de Prevenção e Vigilância, Unidade Técnica de Exposição Ocupacional, Ambiental e Câncer – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [vicosta@inca.gov.br](mailto:vicosta@inca.gov.br)

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), Coordenação de Prevenção e Vigilância, Unidade Técnica de Exposição Ocupacional, Ambiental e Câncer – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [mmello@inca.gov.br](mailto:mmello@inca.gov.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [karenfriedrich@hotmail.com](mailto:karenfriedrich@hotmail.com)

## Introdução

O uso intensivo de agrotóxicos na agricultura brasileira teve seu marco inicial no período denominado Revolução Verde, caracterizado pela ampla disseminação e o aumento de novas práticas agrícolas após a Segunda Guerra Mundial, que incluía o uso de agrotóxicos (CARNEIRO ET AL., 2015). Desde a década de 1960, em especial, após a publicação do livro ‘Primavera silenciosa’, a população mundial vem se preocupando com os impactos do uso indiscriminado desses agentes químicos.

Ao longo dos anos, os padrões de uso dos Ingredientes Ativos (IAs) de agrotóxicos modificaram-se, em especial, nos países em desenvolvimento, devido ao modelo de produção agrícola mais voltado para a produção de *commodities* e à fragilidade das estruturas legislativa e regulatória (CARNEIRO ET AL., 2015).

O modelo de agricultura hegemônico no Brasil, que tem como base de sustentação o cultivo de grandes extensões de terra, a pulverização de agrotóxicos e a utilização de sementes transgênicas, principalmente, as resistentes a herbicidas, é um modelo insustentável sob vários aspectos, entre os quais: a) grandes extensões de terra onde se cultiva uma única espécie de vegetal (por exemplo, soja, milho ou algodão) criam o ambiente propício para a proliferação das espécies que têm preferência por essas culturas; b) o uso intenso de agrotóxicos leva ao desenvolvimento de resistência dos vetores e plantas indesejáveis; e c) a liberação comercial de sementes transgênicas resistentes a herbicidas, como o glifosato e o 2,4-D, é determinante para o uso dessa classe de agrotóxicos. Deve-se destacar que os herbicidas estão entre os grupos de agrotóxicos mais utilizados no Brasil, como a atrazina, o paraquat, o glifosato e o 2,4-D, que, em 2012, somaram mais de 200 mil toneladas comercializadas. Consequentemente, esses fatores resultam tanto no incremento do volume de uso de agrotóxicos por hectare como no uso de misturas de ingredientes ativos que aumentam

o risco de impactos negativos para o ambiente e para a saúde humana, levando, por exemplo, à perda da biodiversidade e ao desenvolvimento de doenças, como infertilidade, distúrbios hormonais e câncer (CARNEIRO ET AL., 2015).

Alguns ingredientes ativos de agrotóxicos apresentam associação positiva com a indução de tumores e, por isso, foram classificados recentemente, pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (International Agency for Research on Cancer – Iarc), dentro dos grupos 2A (provavelmente, carcinogênico para seres humanos) e 2B (possivelmente, carcinogênico para seres humanos), entre eles, destacam-se os herbicidas 2,4-D e glifosato e os inseticidas diazinona e a malationa (IARC, 2015A, 2015B). Embora outros agrotóxicos ainda não tenham sido classificados quanto à carcinogenicidade na Iarc, eles demonstram resultados positivos em estudos epidemiológicos e também têm sido um dos principais alvos de investigação na etiologia de diferentes tipos de câncer, como o LNH (SCHINASI; LEON, 2014).

## Câncer e linfoma não Hodgkin no mundo e no Brasil: epidemiologia e etiologia

O câncer é composto por mais de 100 doenças, que possuem como característica o crescimento desordenado das células, invasão de tecidos adjacentes e perda das funções essenciais. Entre os cânceres hematológicos, o LNH é o mais incidente, sendo que as maiores taxas de incidência dessa neoplasia são observadas nos países industrializados, como América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e em algumas partes da Europa. Na atualidade, estima-se que a cada ano ocorram cerca de 390 mil casos novos (2,7% do total de câncer) e 200 mil óbitos (2,4% do total de óbitos) por LNH no mundo, com aumento de

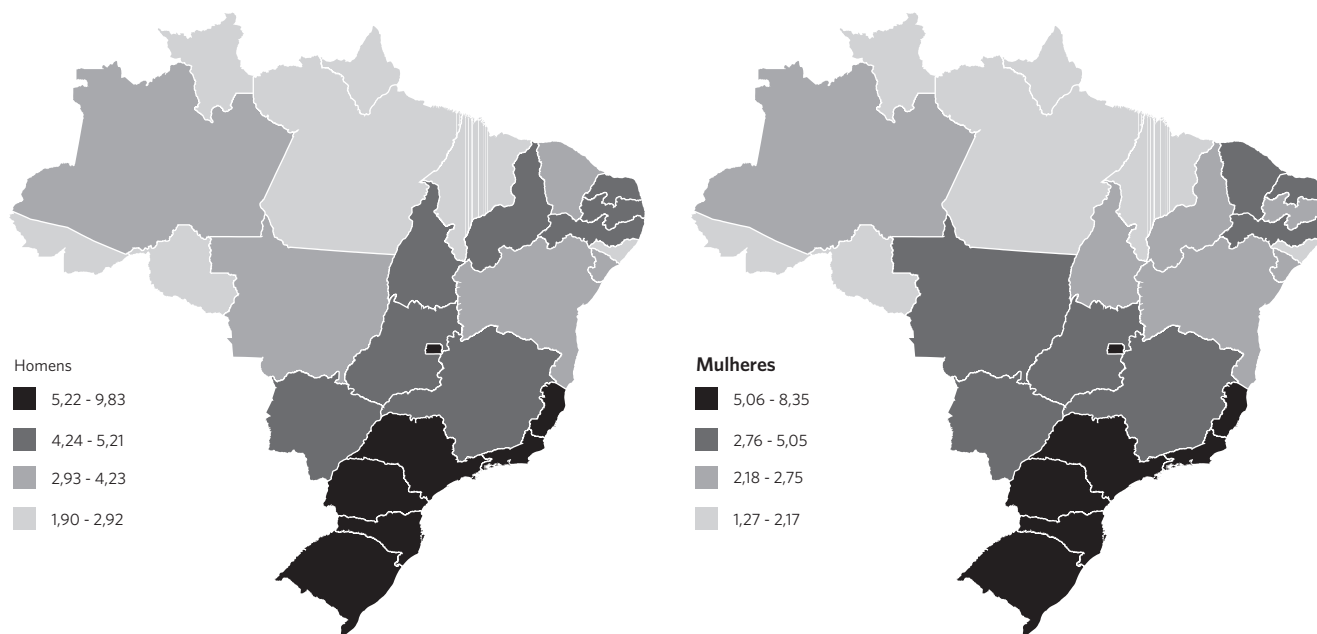
4% ao ano, aproximadamente. Esse tipo de câncer é observado desde a década de 1970, havendo estabilidade nas taxas de incidência em alguns países desenvolvidos a partir de 1990 (INCA, 2015).

O aumento da incidência de LNH ao longo das últimas décadas pode ser explicado, pelo menos parcialmente, por melhorias nas técnicas de diagnóstico, na classificação histopatológica e na captação dos casos pelos registros de câncer de base populacional. No caso dos estudos etiológicos, o foco tem sido a exposição a carcinógenos químicos presentes no ambiente de trabalho, no

meio ambiente e nos alimentos, sendo um dos principais alvos de estudo da doença (SCHINASI; LEON, 2014).

Estimou-se para o biênio 2016-2017 a ocorrência de, aproximadamente, 410 mil novos casos de câncer em âmbito nacional (excluindo-se os casos de pele não melanoma) (INCA, 2015). Estima-se que as taxas de incidência variem entre 4,1 e 5,4 casos por 100 mil habitantes, sendo 5.210 casos novos de LNH para homens e 5.030 para mulheres. Com relação às regiões brasileiras, Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas de incidência para o LNH, para ambos os sexos (*figura 1*).

Figura 1. Representação das taxas brutas de incidência de linfoma não Hodgkin por 100 mil habitantes, para cada sexo, estimada para o ano de 2016, por Unidade de Federação



Fonte: Adaptado de Inca (2015).

O LNH é composto por 40 subtipos histológicos oriundos do sistema linfático, e seus mecanismos de formação incluem alterações nos processos de imunorregulação, particularmente, dos linfócitos T, resultando em diminuição das citocinas responsáveis pela

resposta imune e pelo aumento do crescimento das células B no tecido linfóide (GREER; REDDY; WILLIAMS, 2009). Nem todas as causas da maioria dos casos de LNH estão completamente elucidadas, mas infecção pelo HIV e outros agentes infecciosos, doenças



autoimunes, imunossupressão, exposição a agentes químicos e algumas ocupações têm sido associadas a essa neoplasia (GREER; REDDY; WILLIAMS, 2009; LUO ET AL., 2016).

## Linfoma não Hodgkin e exposição a agrotóxicos

Alguns estudos caso-controle, de coortes e meta-análises, publicados nos últimos dez anos, exploraram a associação entre a exposição a ingredientes ativos de agrotóxicos específicos e o desenvolvimento de LNH (SCHINASI; LEON, 2014). Estudos realizados no Brasil têm apontado correlação entre a incidência e mortalidade do LNH com o consumo *per capita* de agrotóxicos (sem especificações de ingredientes ativos), como o estudo de Boccolini, Boccolini e Meyer (2015). Desse modo, conhecer os principais ingredientes ativos descritos na literatura associados ao desenvolvimento de LNH pode contribuir para futuras pesquisas e para subsidiar a regulação e as medidas de prevenção e controle do linfoma não Hodgkin.

## Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa em seis etapas, baseada na metodologia de Whitemore e Knafl (2005):

1. Seleção do tema: tendo em vista a falta de dados atuais sistematizados abordando aspectos regulatórios e estudos de carcinogenicidade dos principais ingredientes ativos de agrotóxicos associados ao LNH, esta revisão integrativa permitirá sumarizar dados relevantes, a fim de promover um maior conhecimento do tema em questão.
2. Definição das bases de dados e os descritores: o levantamento bibliográfico usado para este ensaio foi realizado nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS),

Pubmed, Scopus, de artigos publicados no período de 2011 a julho de 2016, através do sistema de busca, com a combinação dos descritores de agrotóxicos e do linfoma não Hodgkin (*'Agrochemicals'*, *'Pesticides'*, *'desinfecting agent'* e *'Lymphoma non-Hodgkin'*). A revisão realizada foi abrangente e não incluiu termos relacionados à classificação dos agrotóxicos quanto à sua aplicação (ex.: herbicidas, inseticidas, fungicidas).

3. Estabelecimento dos critérios de seleção dos estudos: a) escritos e publicados nos idiomas português, espanhol, inglês; b) com delineamento do estudo observacional analítico (caso-controle, coorte); c) revisões e meta-análises de estudos observacionais analíticos (caso-controle, coorte); d) com método de obtenção dos dados de exposição através de entrevistas, questionários, matrizes de exposição, marcadores biológicos; e) com dados dos ingredientes ativos (isolados ou misturas) dos agrotóxicos, grupo químico, classes (inseticida, herbicida, fungicida etc.), associados ao LNH. Foram excluídos os trabalhos com as seguintes características: a) escrito em um idioma diferente de português, espanhol, inglês; b) estudos observacionais descritivos (ecológico, transversal); c) sem descrição dos ingredientes ativos, grupo químico e classes de agrotóxicos associados com LNH (e.g. por culturas agrícolas ou pecuária); e) dados de exposição materna e paterna; f) dados oriundos de acidentes; g) informações por subgrupos (e.g. asmáticos); h) comentário, carta ao editor.

4. Leitura dos estudos e identificação dos critérios: foram encontrados nas bases de dados 46 artigos, dos quais, 19 foram excluídos após a análise dos títulos e dos resumos. Dos 28 artigos elegíveis, 12 foram excluídos, pois não atendiam aos demais critérios de inclusão, totalizando 16 artigos desta revisão (*quadro 1*).

Quadro 1. Descrição dos estudos selecionados na revisão integrativa da exposição ocupacional e ambiental a agrotóxicos e o risco de desenvolvimento de linfoma não Hodgkin (LNH)

Autores principais	Ano	País	Desenho (período)	População	Exposição a agrotóxicos	
					Mensuração	Grupos químicos ou categorias
Alavanja MCR <sup>1</sup>	2014	EUA	Coorte prospectiva (1993 - 1997)	54.306 Agricultores e aplicadores	Questionários autoadministrados	Carbamato, dicarboximida ditiocarbamato, dimetil fosfato, halogenado orgânico, isoftalonitrila, organoclorado, organofosforado, piretroide, xililalanina
Bertrand KA	2010	EUA	Caso-controle aninhado	205 homens com diagnóstico de LNH; 409 controles	Amostra biológica (sangue)	Organoclorado (p, p' diclorodifenoldicloroetileno - p, p'-DDE)
Bonner MR <sup>1</sup>	2010	EUA	Coorte prospectiva (1993 - 1997)	57.310 agricultores e aplicadores; 32.347 cônjuges	Questionários autoadministrados	Organofosforado (terbufós)
Bräuner EV	2012	Dinamarca	Caso-controle aninhado (1993 - 1997)	256 pacientes com LNH; 256 controles	Concentrações de organoclorados em amostras biológicas (tecido adiposo)	Organoclorados
Burns C <sup>2</sup>	2011	EUA	Coorte retrospectiva	1.316 homens, trabalhadores na produção de 2,4-D; 50 mulheres	Históricos dos trabalhadores	Ácido clorofenóxi (2,4-D)
Goodman JE	2015	-	Meta-análise	Agricultores, homens	Sem descrição	Ácido clorofenóxi (2,4-D)
Hohenadel K	2011	Canadá	Caso-controle de base populacional (1991 - 1994)	513 casos de LNH; 1.506 controles	Questionários autoadministrados	Ácido clorofenóxi, fungicida (sem especificação), herbicida (sem especificação), inseticida (sem especificação), organoclorado, organofosforado. Misturas: organofosforado + ácido clorofenóxi, organofosforado + carbamato, organofosforado + organoclorado, organofosforado + glicina substituída
Lerro CC <sup>1</sup>	2015	EUA	Coorte prospectiva (1993 - 1997)	57.310 agricultores e aplicadores; 32.347 cônjuges	Questionários autoadministrados	Organofosforados
Luo D	2016	-	Meta-análise	-	Amostras biológicas (sangue e tecidos)	Organoclorados
Pahwa M	2012	Canadá	Caso-controle de base populacional (1991 - 1994)	513 casos de LNH; 1.506 controles	Questionários autoadministrados	Ácido clorofenóxi, organoclorado, organofosforado
Parrón T	2014	Espanha	Caso-controle de base populacional (1998 - 2005)	34.205 casos com câncer; 1.832.969 controles	Monitoramento ambiental	Sem especificação
Ruder AM e Yiin JH	2011	EUA	Coorte prospectiva	2.122 agricultores	Histórico do trabalhador na empresa	Fenol clorado (pentaclorofenol)
Schinasi LH e Leon ME	2014	-	Revisão sistemática, Meta-análise	Agricultores	Questionários autoadministrados	Ácido clorofenóxi, carbamato, cloroacetanilida, dicarboximida, ditiocarbamato, glicina substituída, organoclorado, organofosforado, piretroide triazina, triazinona, tiocarbamato
Schinasi LH	2015	EUA	Coorte	76.493 mulheres	Questionários autoadministrados	Inseticidas (sem especificação)
Viel J	2011	França	Caso-controle	34 casos de LNH; 34 controles	Amostra biológica (sangue)	Organoclorados
Zakerinia M; Namdari M; Amirghofran S	2012	Irã	Caso-controle de base hospitalar (2007 - 2008)	200 casos de LNH; 200 controles	Entrevistas e questionários	Fungicidas (sem especificação), herbicidas (sem especificação)

<sup>1</sup> Dados oriundos de uma coorte americana intitulada 'Agricultural Health Study'.<sup>2</sup> Estudo realizado pela empresa Dow Chemical.

5. Registro dos dados obtidos a partir dos estudos selecionados.
6. Análise e interpretação dos resultados.

## Resultados e discussão

Entre os 16 estudos selecionados na revisão integrativa, estavam incluídas três revisões sistemáticas/meta-análises, que descreveram e/ou analisaram dados de artigos publicados no período anterior ao estipulado para a revisão (2011). Também, a maioria dos estudos é do tipo coorte, sendo que três desses correspondem à coorte americana intitulada 'Agricultural Health Study'. Ressalta-se que a Iarc publica nas avaliações de carcinogenicidade dos agrotóxicos dados específicos dessa coorte. Quanto aos agrotóxicos avaliados, ácidos clorofenóis, carbamatos, organoclorados, organofosforados e glicina substituída (glifosato) foram os mais explorados quanto à associação com LNH. Isso pode ser explicado porque esses agentes são os mais comumente utilizados nos meios rural e urbano. Ademais, Hohenadel *et al.* (2011) avaliaram a exposição a misturas desses agrotóxicos

(organofosforado + ácidos fenóis; organofosforado + carbamato; organofosforado + glicina substituída) com o aumento da chance de apresentar LNH.

Ao total, 35 ingredientes ativos de agrotóxicos (isolados) foram avaliados quanto à associação com o risco de desenvolvimento de LNH (*quadro 2*) nos estudos selecionados na revisão. Desses, 10 apresentam dados de associação positiva com a indução de LNH e já foram classificados quanto ao potencial carcinogênico pela Iarc; como prováveis carcinogênicos para humanos (grupo 2A): DDT, diazinona, glifosato, malationa; possivelmente carcinogênicos para humanos (grupo 2B): 2,4-D, clordano, heptacloro, hexaclorobenzeno, lindano, mirex e pentaclorofenol. Desse modo, através dessas informações, agências regulatórias devem avaliar a restrição de uso ou banimento do registro desses IAs que compõem as formulações de diversos agrotóxicos e medicamentos veterinários. Além disso, mais de um IA pode estar presente nas formulações comerciais ou ser usado de forma concomitante, ou, ainda, misturado nos tanques de aplicação. Essas misturas podem favorecer o desencadeamento de efeitos sinérgicos que contribuem para a carcinogênese.

Quadro 2. Relação dos ingredientes ativos de agrotóxicos quanto à associação com a chance ou o risco de desenvolvimento de linfoma não Hodgkin (LNH) e as classificações da agência internacional, International Agency for Research on Cancer (Iarc), correspondentes a carcinogenicidade

Agrotóxico (nº CAS)	Estudos publicados com associação positiva para LNH		Iarc <sup>3</sup>
	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	
<b>Ácidos clorofenóis</b>			
2,4-D (94-75-7)	Schinasi e Leon (2014)	Burns <i>et al.</i> (2011), Goodman <i>et al.</i> (2015); Pahwa <i>et al.</i> (2012), Schinasi e Leon (2014)	2B (2015)
MCPA (94-74-6)	Schinasi e Leon (2014)	Pahwa <i>et al.</i> (2012)	NC
MCPP (93-65-2)	Pahwa <i>et al.</i> (2012)	-	NC
<b>Carbamato</b>			
Aldicarbe (116-06-3)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	3 (1991)
Carbofurano (1563-66-2)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Carbaril (63-25-2)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	3 (1987)
<b>Organoclorado</b>			
Aldrin (309-00-2)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	3 (1987)
Clordano (57-74-9)	Luo <i>et al.</i> (2016)	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	2B (2001)

## Quadro 2. (cont.)

DDE (72-55-9)	Luo <i>et al.</i> 2016	Viel <i>et al.</i> (2011); Brauner <i>et al.</i> (2012)	NC
DDT (50-29-3)	Alavanja <i>et al.</i> (2014), Brauner <i>et al.</i> (2012); Pahwa <i>et al.</i> (2012);	-	2A
Dieldrina (60-57-1)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014), Brauner <i>et al.</i> (2012),	3 (1987)
Heptacloro (76-44-8)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	2B (2001)
Hexaclorobenzeno (HCB) (118-74-1)	Luo <i>et al.</i> (2016)	Bräuner <i>et al.</i> (2012), Viel <i>et al.</i> (2011)	2B (2001)
β- HCH (319-85-7)	-	Bräuner <i>et al.</i> (2012), Viel <i>et al.</i> (2011)	2B (1987)
Lindano (HCH) (58-89-9)	Alavanja <i>et al.</i> (2014); Luo <i>et al.</i> (2016)	Viel <i>et al.</i> (2011)	2B (1987)
Oxiclordano (26880-48-8)	Brauner <i>et al.</i> (2012), Hardell <i>et al.</i> (2009)	Viel <i>et al.</i> (2011)	NC
Toxafeno (8001-35-2)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	2B (2001)
<b>Organofosforado</b>			
Clorpirifós (2921-88-2)		Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Coumafós (56-72-4)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Diazinona (333-41-5)	Alavanja <i>et al.</i> (2014)		2A
Diclorvós (DDVP) (62-73-7)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Fonofós (944-22-9)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Forato (298-02-2)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Malationa (121-75-5)	Hohenadel <i>et al.</i> (2011); Lerro <i>et al.</i> (2015); Pahwa <i>et al.</i> (2012);	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	2A
Parationa (56-38-2)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	2B
Terbufós (13071-79-9)	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	-	NC
<b>Piretroide</b>			
Permetrina (52645-53-1)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	3 (1991)
<b>Outros</b>			
Benomil (17804-35-2) (benzimidazol)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Captana (133-06-2) (dicarboximida)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	3 (1987)
Clorotalonil (1897-45-6) (isoflalonitrila)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	2B (1999)
Mancozebe (8018-01-7) (ditiocarbamato)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Metalaxil (57837-19-1) (xililalanina)	-	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	NC
Metil bromida (74-83-9) (Halogenado orgânico)	Alavanja <i>et al.</i> (2014)	-	3 (1999)
Glifosato (1071-83-6) (glicina substituída)	Schinasi e Leon (2014)	Schinasi e Leon (2014)	2A
pentaclorofenol (87-86-5) (Fenol clorado)	Ruder e Yiin, (2011)	-	2B (1999)

<sup>1</sup> correspondem aos estudos selecionados na revisão (caso-controle, coorte, meta-análises, revisões sistemáticas) que apresentam associação positiva entre a exposição aos ingredientes ativos de agrotóxicos (isolados) com o LNH. A associação positiva é baseada nas medidas de associação (razão de chances, risco relativo) que apresentam resultados maiores que a unidade, com dados estatisticamente significativos.

<sup>2</sup> correspondem aos estudos selecionados na revisão (caso-controle, coorte, meta-análises, revisões sistemáticas) que não apresentaram associação positiva entre a exposição aos ingredientes ativos de agrotóxicos (isolados) com o LNH. A associação negativa é baseada nas medidas de associação (razão de chances, risco relativo) que apresentam resultados menores que a unidade com dados estatisticamente significativos ou dados de associação não estatisticamente significativos.

<sup>3</sup> classificação da IARC e o ano correspondente: grupo 2A (provável carcinogênico para humanos); grupo 2B (possível carcinogênico para humanos); grupo 3 (não carcinogênico para humanos); NC (sem classificação).

Segundo dados coletados junto a organismos reguladores nacionais (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa; Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento – Mapa) e internacionais (US Environmental Protection Agency – US EPA; European Food Safety Authority – EFSA), os herbicidas (2,4-D e glifosato) e os inseticidas (diazinona e malationa) são autorizados nos EUA, na União Europeia e amplamente

usados no Brasil, tanto na agricultura quanto como inseticidas em campanhas de saúde pública para o controle de vetores (*quadro 3*) (ABRASCO, 2016). No entanto, deve-se destacar que a legislação americana, diferentemente da brasileira, não restringe o registro de produtos com potencial carcinogênico. Já a legislação europeia passou a adotar esse critério de restrição do registro de agrotóxicos recentemente (CARNEIRO ET AL., 2015; FRIEDRICH, 2013).

Quadro 3. Dados de regulação junto aos órgãos competentes dos principais ingredientes ativos de agrotóxicos associados ao risco de desenvolvimento de linfoma não Hodgkin

Grupo Químico/ Agrotóxico (n° CAS)	Usos no Brasil		Anvisa	US EPA	EFSA
	Tipo	Culturas e uso não agrícola			
<b>Ácidos clorofenóxi</b>					
2,4-D (94-75-7)	Herbicida	Arroz, aveia, café, cana-de-açúcar, centeio, cevada, milho, pastagem, soja, sorgo, trigo.	Autorizado	Autorizado	Autorizado
<b>Organoclorado</b>					
Clordano (57-74-9)	-	-	Não registrado	Não autorizado	Não autorizado
DDT (50-29-3)	-	-	Excluído	Não autorizado	Não autorizado
Dieldrina (60-57-1)	-	-	Não registrado	Não autorizado	Não autorizado
Heptacloro (76-44-8)	-	-	Excluído	Não autorizado	Não autorizado
Hexaclorobenzeno (HCB) (118-74-1)	-	-	Não registrado	Não autorizado	Não autorizado
Lindano (HCH) (58-89-9)	-	-	Excluído	Não autorizado	Não autorizado
Mirex (2385-85-5)	-	-	Não registrado	Não autorizado	Não autorizado
<b>Organofosforado</b>					
Diaziona (333-41-5)	Inseticida e acaricida	Citros, maçã Domissanitário: líquidos premidos ou não, jardinagem amadora.	Autorizado	Autorizado	Não autorizado
Malationa (121-75-5)	Inseticida e acaricida	Alface, algodão, arroz, berinjela, brócolis, cacau, café, citros, couve, couve-flor, feijão, maçã, milho, morango, orquídeas, pastagens, pepino, pera, pêssego, repolho, rosa, soja, sorgo, tomate, trigo. Domissanitário: líquidos premidos ou não; jardinagem amadora; campanhas de saúde pública.	Autorizado	Autorizado	Autorizado
<b>Outros</b>					
Metil bromida (Halogenado)	-	-	Não registrado	Autorizado	Não autorizado

Quadro 3. (cont.)

Glifosato (Glicina substituída) (1071-83-6)	Herbicida	Algodão, ameixa, arroz, banana, cacau, café, cana-de-açúcar, citros, coco, feijão, fumo, maçã, mamão, milho, nectarina, pastagem, pera, pêssego, seringueira, soja, trigo e uva. Domissário: jardinagem amadora.	Autorizado	Autorizado	Autorizado
Pentaclorofenol (87-86-5)	-	-	Excluído	Autorizado	Não autorizado

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

US EPA: US Environmental Protection Agency.

EFSa: European Food Safety Authority .

Os efeitos carcinogênicos oriundos dos agrotóxicos ou de outros agentes podem ser causados por diferentes mecanismos, sendo os principais deles: alteração do reparo do DNA ou instabilidade genômica, caráter eletrofilico, genotoxicidade (e.g. dano cromossômico), alterações epigenéticas, estresse oxidativo, inflamação crônica, imunossupressão, modulação de efeitos mediados por receptores, imortalização celular, proliferação celular e morte celular (IARC, 2015A, 2015B). Esses mecanismos são avaliados pela Iarc durante o processo de classificação de um agente quanto ao seu potencial carcinogênico. Baseado em estudos epidemiológicos com exposição a agrotóxicos e ensaios *in vitro* e *in vivo*, os herbicidas (2,4-D e glifosato) e os inseticidas (diazinona e malationa) atuam através de cinco entre dez mecanismos de carcinogenicidade relevantes (quadro 4) (IARC, 2015A; IARC, 2015B). É possível observar que alguns ingredientes ativos atuam através dos mesmos mecanismos, o que destaca a preocupação sobre a interação entre eles e os possíveis impactos para a exposição humana. Essa questão é muito importante para a análise da problemática em questão, já que esses IAs são utilizados concomitantemente no meio rural ou urbano e, também, estão autorizados a ser adicionados conjuntamente à formulação de produtos comerciais. De maneira geral, os efeitos carcinogênicos que mais apresentam dados positivos nas monografias da Iarc são os efeitos genotóxicos, que podem resultar em danos cromossômicos, sendo esse o principal mecanismo descrito para o LNH. Outrossim, destacam-se

os resultados de imunossupressão para 2,4-D e da diazinona em ensaios *in vitro* com células humanas, e para o 2,4-D em humanos, também associado ao LNH (GREER ET AL., 2009).

Um estudo canadense de seis províncias, com 513 casos de LNH e 1.506 controles, avaliou a exposição a misturas e obteve maiores medidas de associação (OR = razão de chances) para o uso de malationa + 2,4-D (OR = 2,06 IC95% 1,45 - 2,93) do que desses IAs isolados (malationa: OR = 1,73, IC95% 0,81-3,66; 2,4-D: OR = 0,94; IC95% 0,67 - 1,33). O mesmo foi encontrado para malationa + glifosato (OR = 2,10; IC95% 1,31-3,37; malationa: OR = 1,95; IC95% 1,29-2,93; glifosato OR = 0,92; IC95% 0,54-1,55) (HONENADEL ET AL., 2011). Um dos mecanismos de carcinogenicidade do linfoma não Hodgkin causado por exposição a agrotóxicos, e descrito nos estudos avaliados, consiste de um tipo de dano genotóxico chamado translocação cromossômica, que consiste no rearranjo de partes dos cromossomos 14 e 18, [t (14; 18)] (q32; q21). Essa aberração cromossômica ocorre em 70-90% dos casos de linfoma folicular, 20-30% de linfoma difuso de células B grandes e 5-10% de outros subtipos menos comuns. Supõe-se que aberrações cromossômicas possam causar rearranjos nas imunoglobulinas das células B ou nos receptores das células T, principalmente devido às translocações cromossômicas e, também, à superexpressão de oncogenes nas células linfoides imaturas da medula óssea ou em células maduras dos tecidos linfoides periféricos (CHIU; BLAIR, 2009).



Quadro 4. Mecanismos de carcinogenicidade dos ingredientes ativos registrados no Brasil e com resultados de associação positiva com linfoma não Hodgkin (LNH)

Mecanismos carcinogênicos <sup>1</sup>	Tipos de estudos / ensaios			
	Epidemiológicos	In vitro		In vivo
		Células humanas	Células não humanas	Mamíferos ou outras espécies
Alterações na proliferação celular, morte celular ou fornecimento de nutrientes	2,4-D	Diazinona Malationa Glifosato	Diazinona	Diazinona Malationa
Efeitos genotóxicos	2,4-D Diazinona Glifosato Malationa	Diazinona Glifosato Malationa	2,4-D Malationa Glifosato	2,4-D Diazinona Malationa
Estresse oxidativo	Malationa	2,4-D Diazinona Glifosato Malationa	Diazinona Malationa	2,4-D Diazinona Glifosato Malationa
Imunossupressão	2,4-D	2,4-D Diazinona	Malationa	2,4-D Diazinona Glifosato Malationa
Inflamação crônica	-	-	Glifosato	2,4-D Diazinona Malationa
Modulação de efeitos mediados por receptor (incluindo desregulação endócrina)	2,4-D	2,4-D Glifosato	Glifosato	2,4-D Diazinona Malationa

Fonte: Iarc (2015a, 2015b).

<sup>1</sup> Os dados sobre os mecanismos de carcinogenicidade para cada ingrediente ativo foram obtidos a partir das respectivas monografias da Iarc, considerando-se o peso das evidências dos estudos apresentados.

As informações referentes aos mecanismos carcinogênicos do 2,4-D, glifosato, diazinona e malationa corroboram as associações positivas encontradas nos estudos epidemiológicos selecionados. Apesar disso, estudos publicados sobre a exposição ocupacional e ambiental a agrotóxicos e o risco de desenvolvimento de LNH apresentam resultados controversos, sendo que uma das principais limitações apontadas para a determinação donexo causal é a dificuldade de identificação dos ingredientes ativos em amostras clínicas. Essa dificuldade pode se dar por conta de fatores como metodologias analíticas disponíveis na rede de laboratório, diversidade de metabólitos e aspectos toxicocinéticos, como meia-vida curta, que resulta na rápida eliminação do agente (ALAVANJA ET AL., 2014). Com isso, a curta janela

de tempo entre a exposição e a possibilidade de coleta e análise da amostra pode inviabilizar a detecção do agente nas matrizes biológicas. Além disso, a maioria dos estudos encontrados na literatura pesquisada foi centrada na exposição de agricultores e aplicadores, e as principais limitações estão relacionadas ao viés de memória, devido ao fato de os trabalhadores nem sempre recordarem os IAs ou as misturas utilizadas, e de também não registrarem detalhes sobre a duração e a frequência de aplicação dos agrotóxicos. Esses aspectos são superestimados dentro do modelo reducionista adotado pelas agências reguladoras para selecionar os estudos utilizados para avaliar o risco de um IA de agrotóxico durante o processo de autorização de uso. É importante ressaltar que os estudos devem ser avaliados em conjunto, ou

seja, mesmo que alguns dados epidemiológicos apresentem limitações que são inerentes a qualquer pesquisa com seres humanos, os achados de estudos experimentais, realizados com animais de laboratório ou sistemas *in vitro*, podem fortalecer as hipóteses de associação de um agente a um efeito tóxico, que, no momento do registro nos órgãos reguladores, dificilmente são observados. Isso porque os agrotóxicos têm sua comercialização autorizada considerando um cenário de exposição distinto da realidade, sem levar em conta o uso conjunto dos IAs e, consequentemente, os potenciais efeitos gerados, utilizados na agricultura, ou mesmo aqueles que já estão presentes nas formulações comerciais (FRIEDRICH, 2013). Por outro lado, do ponto de vista das ações de vigilância em saúde, esses estudos epidemiológicos realizados com populações expostas a misturas apontam a situação de extrema vulnerabilidade imposta pela realidade do uso adotada na agricultura brasileira e a insuficiência da estrutura regulatória e das legislações vigentes para evitar doenças crônicas, não somente o LNH, mas, também, outros tipos de câncer.

Os ingredientes ativos 2,4-D, glifosato e malationa estão registrados no Brasil para as culturas de arroz, café, milho, trigo, pastagens e soja. Além deles, o 2,4-D e o glifosato estão autorizados para as culturas de cana-de-açúcar e sorgo; e, para uso domissanitário, a diazinona, a malationa e o glifosato estão permitidos. Como esses agentes apresentam mecanismos de carcinogenicidade semelhantes e estão autorizados para os mesmos fins, a probabilidade de gerarem efeitos sinérgicos é grande, o que pode favorecer o desenvolvimento do câncer e, mais especificamente, do LNH. Portanto, as agências reguladoras deveriam adotar diretrizes que restringissem a comercialização de formulações com misturas de ingredientes ativos que tenham mecanismos de ação tóxica semelhantes para uma mesma cultura. Para isso, os órgãos responsáveis pela fiscalização e os profissionais que emitem os receituários agrônômicos também

devem estar informados que o uso concomitante de agrotóxicos pode aumentar o risco de doenças para o meio ambiente e para as pessoas que moram, estudam, trabalham ou circulam no entorno das lavouras.

Os dois IAs de agrotóxicos mais usados no Brasil (IBGE, 2015) são os herbicidas glifosato e 2,4-D, para os quais já vêm sendo identificadas plantas resistentes indesejáveis. Apesar disso, foi aprovada a liberação comercial de sementes transgênicas resistentes, ao mesmo tempo, a esses dois herbicidas (CIB, 2015). O pacote tecnológico desenvolvido por uma empresa inclui, além da semente transgênica resistente ao glifosato e ao 2,4-D, a formulação de um produto que contém os dois herbicidas. Desse modo, estima-se que a utilização dessa tecnologia leve ao aumento do uso desses herbicidas, aumentando, assim, o risco dos impactos sobre a saúde e o ambiente, que podem ser potencializados com o uso concomitante desses dois IAs, associados à indução de LNH.

A lei brasileira preconiza que os agrotóxicos somente podem ser utilizados no País se forem registrados em órgão federal competente, de acordo com as diretrizes e exigências dos órgãos responsáveis pelos setores da saúde, do meio ambiente e da agricultura (CARNEIRO ET AL., 2015). O registro é realizado pelo Mapa, mas com a anuência do Ministério da Saúde (MS), através da Anvisa, e do Ministério do Meio Ambiente (MMA), por meio do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama).

Desde 2006, a Anvisa tem realizado a reavaliação toxicológica de diversos agrotóxicos, incluindo o 2,4-D (Resolução nº 124A/2006) e o glifosato (Resolução nº 10/2008). Isso ocorre porque muitos tiveram seus registros realizados décadas atrás, quando as metodologias científicas eram pouco avançadas, principalmente no que se refere aos efeitos detectáveis no âmbito genômico ou de receptores e reguladores celulares (ANVISA, 2016). Todavia, a judicialização

recorrente do processo de reavaliação toxicológica realizada pelos fabricantes e a sobreposição dos interesses do setor agrícola frente à proteção da vida humana prolongam o tempo de permanência desses produtos no mercado nacional.

## Conclusões

No estudo em questão, foi possível evidenciar a existência de ingredientes ativos de agrotóxicos com associação positiva ao desenvolvimento de LNH e que também já haviam sido classificados recentemente pela Iarc quanto ao potencial carcinogênico: 2,4-D, diazinona, glifosato e malationa. O uso de agrotóxicos e o aumento das taxas de incidência do LNH são temas explorados pela área acadêmica, por agências internacionais voltadas para o controle e a prevenção do câncer e pelas políticas nacionais e internacionais voltadas

para essa problemática. Este trabalho procurou abordar de maneira interdisciplinar o tema estudado com o intuito de subsidiar medidas intersetoriais para controle, prevenção e vigilância do câncer no Brasil, referentes ao uso de agrotóxicos.

A questão abordada neste ensaio mostra-se, portanto, de extrema relevância para as ações de vigilância, uma vez que as autoridades regulatórias autorizam o uso concomitante de agrotóxicos que apresentam mecanismos de carcinogenicidade semelhantes e que aumentam o risco de aparecimento de câncer.

Diante desse cenário de extrema vulnerabilidade da população brasileira a doenças causadas pelos agrotóxicos, diretrizes regulatórias e legislações mais restritivas são urgentes, assim como o investimento em serviços de saúde e a promoção de políticas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. ■

---

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Regularização de Produtos – Agrotóxicos: reavaliação de agrotóxicos*. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/registros-e-autorizacoes/agrotoxicos/produtos/reavaliacao-de-agrotoxicos>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

ALAVANJA, M. C. R. F. *et al.* Non-Hodgkin Lymphoma Risk and Insecticide, Fungicide and Fumigant Use in the Agricultural Health Study. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 9, n. 10, out. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

(ABRASCO). *Nota técnica sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao Aedes aegypti: os perigos das abordagens com larvicidas e nebulizações químicas: fumacê*. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacao-quimicas-fumace/>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BOCCOLINI, P. M.; BOCCOLINI, C. S.; MEYER, A. Tendência de mortalidade por linfomas não Hodgkin no Brasil, 1980 a 2012. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 188-197, 2015.

- BRÄUNER, E. V.; SORENSEN, M.; GAUDREAU, E. *et al.* A Prospective Study of Organo chlorines in Adipose Tissue and Risk of Non-Hodgkin Lymphoma. *Environmental Health Perspectives*, Nova York, v. 120, n. 1, jan. 2012.
- BURNS, C. *et al.* Cancer Incidence of 2,4-D Production Workers. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Basel, v. 8, p. 3579-3590, 2011.
- CARNEIRO, F. F. (Org.). *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015.
- CHIU, B. C. H.; BLAIR, A. Pesticides, Chromosomal Aberrations, and Non-Hodgkin's Lymphoma. *J Agromedicine*, Binghamton, v. 14, n. 2, p. 250-255, 2009
- CONSELHO DE INFORMAÇÕES SOBRE BIOTECNOLOGIA (CIB). *DAS-40278-9 x NK603*. 2015. Disponível em: <<http://cib.org.br/produtos-aprovados/das-40278-9-x-nk603/>>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- FRIEDRICH, K. Desafios para a avaliação toxicológica de agrotóxicos no Brasil: desregulação endócrina e imunotoxicidade. *Vigilância Sanitária em Debate*, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 2-15, 2013.
- GOODMAN, J. E.; LOFTUS, C. T.; ZU, K. 2,4 Dichlorophenoxyacetic acid and non-Hodgkin's lymphoma, gastric cancer, and prostate cancer: meta-analyses of the published literature. *Annals of Epidemiology*, Nova York, v. 25, n. 8, p. 626-636, 2015.
- GREER, J. P.; REDDY, N. M.; WILLIAMS, M. E. Non-Hodgkin Lymphoma in Adults. In: GREER, J. P. *et al.* (Org.). *Wintröbe's clinical hematology*, 2009. p. 1827-1837.
- HOHENADEL, K. *et al.* Exposure to Multiple Pesticides and Risk of Non-Hodgkin Lymphoma in Men from Six Canadian Provinces. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Basel, v. 8, p. 2320-2330, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). *Monographs Volume 112: evaluation of five organophosphate insecticides and herbicides*. 2015a. Disponível em: <<https://www.iarc.fr/en/mediacentre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2016.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). *2,4-Dichlorophenoxyacetic Acid*. 2015b. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol113/mono113-03.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2016.
- LERRO, C. C. *et al.* Organophosphate insecticide use and cancer incidence among spouses of pesticide applicators in the Agricultural Health Study. *Occup Environ Med*, Londres, n. 72, p. 736-744, 2015.
- LUO, D. *et al.* Exposure to organochlorine pesticides and non-Hodgkin lymphoma: a meta-analysis of observational studies. *Scientific Reports*, Londres, n. 6, p. 257-68, 2016.
- PAHWA, M. *et al.* Pesticide use, immunologic conditions, and risk of non-Hodgkin lymphoma in Canadian men in six provinces. *Int. J. Cancer*, Genebra, v. 131, n. 11, p. 2650-2659, 2012.
- PARRÓN, T. *et al.* Environmental exposure to pesticides and cancer risk in multiple human organ systems. *Toxicology Letters*, Amsterdam, v. 230, n. 2, p. 157-165, 2014.
- RUDER, A. M.; YIIN, J. H. Mortality of US pentachlorophenol production workers through 2005. *Chemosphere*, Oxford, v. 83, n. 6, p. 851-861, 2011.
- SCHINASI, L. H.; LEON, M. E. Non-Hodgkin Lymphoma and Occupational Exposure to Agricultural Pesticide Chemical Groups and Active Ingredients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Basel, v. 11, n. 4, p. 4449-4527, 2014.

SCHINASI, L. H. *et al.* Insecticide exposure and farm history in relation to risk of lymphomas and leucemias in the Women's Health Initiative observational study cohort. *Annals of Epidemiology*, Nova York, v. 25, n. 11, p. 803-810, 2015.

VIEL, J.; DE ROOS, A. J.; RAY, R. M. Increased risk of non-Hodgkin lymphoma and serum organochlorine. *Environmental International*, Oxford, v. 37, n. 2, p. 449-453, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ZAKERINIA M.; NAMDARI, M.; AMIRGHOFAN, S. The Relationship between Exposure to Pesticides and the Occurrence of Lymphoid Neoplasm. *Iran Red Crescent Med J*, Dubai, v. 14, n. 6, p. 337-344, 2014.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em fevereiro de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde

*From the notion of social determination to one of social determinants of health*

Júlia Arêas Garbois<sup>1</sup>, Francis Sodré<sup>2</sup>, Maristela Dalbello-Araujo<sup>3</sup>

**RESUMO** O ensaio aborda criticamente a noção de determinantes sociais da saúde, veiculada oficialmente pela Organização Mundial da Saúde, a partir da discussão sobre sua perspectiva conceitual que difere bastante daquela cunhada por volta dos anos 1970, pela corrente médico-social latino-americana, de determinação social da saúde. A discussão desnuda os preceitos filosóficos que sustentam a noção de determinantes sociais da saúde, a partir dos argumentos fundados na sociologia positivista de Émile Durkheim. Conclui-se que essa noção identifica um ‘social’ fragmentado, trazendo consequências práticas e políticas e mostrando-se insuficiente para analisar as mudanças sociais da contemporaneidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Ciências sociais. Medicina social. Saúde pública. Epistemologia. Processo saúde-doença.

**ABSTRACT** *The article critically discusses the concept of social determinants of health, conveyed officially by the World Health Organization, from the discussion of its conceptual perspective that differs greatly from that coined around the 1970’s by Latin American medical-social current, of social determination of health. The discussion reveals the philosophical principles that underpin the notion of social determinants of health from the arguments based by the positivist sociology of Émile Durkheim. We conclude that such notion identifies a fragmented ‘social’, that reflects practical and political consequences and it is insufficient to analyze the social changes of contemporaneity.*

**KEYWORDS** *Social sciences. Social medicine. Public health. Knowledge. Health-disease process.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil.  
juliagarbois@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil.  
francisodre@uol.com.br

<sup>3</sup> Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Programa em Políticas Públicas – Vitória (ES), Brasil.  
dalbello.araujo@gmail.com



## Introdução

Este ensaio objetiva discutir, do ponto de vista teórico-científico, a ideia de determinantes sociais da saúde, procurando demonstrar sua fragilidade e distanciamento em relação à noção de determinação social, oriunda da corrente de pensamento da medicina social latino-americana. Noção esta de grande importância para a demarcação do campo de conhecimento da saúde coletiva.

Para isso, entende-se ser pertinente revisar a produção acadêmica latino-americana da década de 1970 sobre o conceito de saúde, marcada por intensas discussões conceituais que culminaram na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença. Após, será feito um contraponto com as atuais propostas de abordagem desse processo, especialmente a partir da criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com a proposta de trabalho erigida sobre uma noção bastante diferenciada daquela da década de 1970: a noção de determinantes sociais da saúde (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009; NOGUEIRA, 2009).

Busca-se elucidar o arcabouço teórico subjacente à noção de determinantes sociais da saúde, a partir dos argumentos fundados na sociologia clássica, mais especificamente, na sociologia positivista de Émile Durkheim, no intuito de desvelar os preceitos filosóficos que lhe dão sustentação. Finaliza-se, estabelecendo considerações a respeito das implicações advindas da adoção da noção de determinantes sociais da saúde e de alguns dos desafios postos pela atualidade que envolve essa problemática, com contribuições de pensamentos de teóricos da sociologia como Latour (2012) e Santos (2008).

## Origens da noção de determinação social da saúde

No final dos anos 1970, houve um profundo

questionamento do paradigma biomédico da doença, que a conceituava como um fenômeno biológico individual. Esse movimento de crítica se situa em um contexto social marcado pela dificuldade da Medicina na produção de um novo conhecimento que fosse capaz de compreender e explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiam nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e os tumores malignos (LAURELL, 1983).

Nesse movimento questionador ao paradigma biomédico, a corrente da medicina social latino-americana trouxe importantes contribuições para a argumentação teórica sobre as condições de insuficiência das práticas médicas em oferecer soluções satisfatórias para a melhoria das condições de saúde da coletividade, demarcando a entrada de correntes do pensamento social na área da saúde, a partir da realização de uma nova leitura da saúde pública (FACCHINI, 1994; LAURELL, 1983; BREILH, 1991; TAMBELLINI-AROUCA, 1984; AROUCA, 2003).

A argumentação partiu especialmente da crítica à abordagem positivista inscrita no modelo da história natural da doença, que interpretava o processo de adoecimento a partir de uma perspectiva 'naturalizada', centrada na causalidade linear e marcadamente biologicista. A abordagem sugerida pela corrente médico-social fundou-se, então, na re colocação da problemática da relação entre o processo social e o processo biológico, a partir da perspectiva da 'determinação'. Compreendeu a produção das doenças no plano da coletividade e construiu uma análise científica dos processos que operam como determinantes destas, por meio da ampliação da explicação do princípio da causalidade (LAURELL, 1983; BREILH, 1991).

Em 'Saúde e sociedade', Donnangelo (1979) compreendeu as complexas relações sociais existentes no processo de produção da saúde e da doença, por meio da análise dos vínculos que existem entre a extensão de cobertura dos cuidados médicos, os serviços de saúde e as necessidades do capitalismo no sentido de

manter e reproduzir a força de trabalho, controlar as tensões e antagonismos sociais e realizar a acumulação de capital do setor industrial de equipamentos e de insumos médicos.

A ótica de análise passou a ser estabelecida pela abordagem da dimensão coletiva como produtora e reprodutora das formas, tanto de adoecimento, quanto de vitalidade. Ou seja, se a finalidade era compreender a saúde-doença como um fenômeno coletivo, o objeto de estudo não partia mais do indivíduo, mas sim do grupo. Dessa maneira, o objeto de estudo da corrente médico-social envolvido na produção de conhecimento passou a ser o processo saúde-doença coletivo:

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. (LAURELL, 1983, P. 152).

A reformulação da natureza da doença, que passou a ser vista como um processo da coletividade – no qual o que interessa é o estudo do modo como o processo biológico acontece socialmente –, trouxe, como consequência, a mudança do léxico: ‘de fator para processo’. Essa visão saúde-doença como resultante de um processo social traduziu-se na reinterpretação de suas causas: de entidades estáticas, passíveis de abstração formal, ao entendimento de seu caráter dinâmico, como parte integrante do “movimento global da vida social” (BREILH, 1991, P. 200).

O deslocamento de uma produção científica que migra de um ‘fator social’ para um ‘processo social’ cria o encadeamento de ideias que sugerem a formação de um novo campo. Um campo no qual o foco de análise recai sobre a necessidade de observação das leis históricas de produção e organização das sociedades na explicação das causas

mais profundas das doenças, valorizando a essência dos fatos sociais, e não apenas as suas manifestações fenomênicas. Cria-se, a partir desse intenso debate teórico-conceitual, a noção de ‘determinação social da saúde’ como categoria analítica, com referencial teórico delimitado, para servir de base conceitual aos estudos desenhados com o propósito de ampliar a discussão sobre a produção coletiva da saúde.

Breilh (1991) propôs o arcabouço teórico-metodológico do materialismo histórico como uma possibilidade de integrar o ponto de vista popular e o rigor de um método de análise científica, uma ferramenta efetiva de transformação política. A partir dessa perspectiva, Tambellini-Arouca (1984) enfatiza as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença. A partir de então, será essa a principal categoria retirada do pensamento marxista para auxiliar na leitura aos fenômenos considerados estritos à saúde, colocando no processo de trabalho a dimensão da determinação do processo de adoecimento, ao considerá-lo como o mediador das relações estabelecidas entre o homem e a natureza e entre os próprios homens.

## A noção de determinantes sociais da saúde

Desde a virada do século, a temática da determinação social da saúde passou a ocupar uma posição central nos debates internacionais a respeito das relações entre a saúde e a sociedade. Entretanto, tal retomada entrou na agenda política mundial a partir de uma perspectiva teórico-metodológica bastante diferenciada daquela produzida pela corrente médico-social latino-americana, a epidemiologia social da década de 1970 (ALMEIDA-FILHO, 2010).

As discussões reaparecem sob a chancela de ‘determinantes sociais da saúde’ (DSS), no sentido de fomentar um intenso debate cujo foco principal de análise incide sobre o tema ‘desigualdades’, por meio da constatação de

importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Esse contexto de reaparecimento da temática foi, em grande parte, alavancado pela OMS quando, em 2005, criou uma comissão específica para discutir os determinantes sociais da saúde – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) – e convocou as autoridades dos países para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde.

A CDSS entende os determinantes sociais da saúde como as

circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença,

circunstâncias tais que são moldadas, por outro lado, por “forças de ordem política, social e econômica” (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010, P. 1). Nesse sentido, as condições de vida mostram-se determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social. Esse conceito, tal como elaborado pela comissão, foi inspirado no modelo de Dahlgren e Whitehead (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010), e pode ser resumido conforme a *figura 1* a seguir:

Figura 1. Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008).

Nesse modelo, os determinantes sociais da saúde são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, até as que incluem os macro-determinantes do processo saúde-doença.

Assim, conforme a figura, os indivíduos encontram-se na base desse modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. A camada seguinte, representada pelos comportamentos e

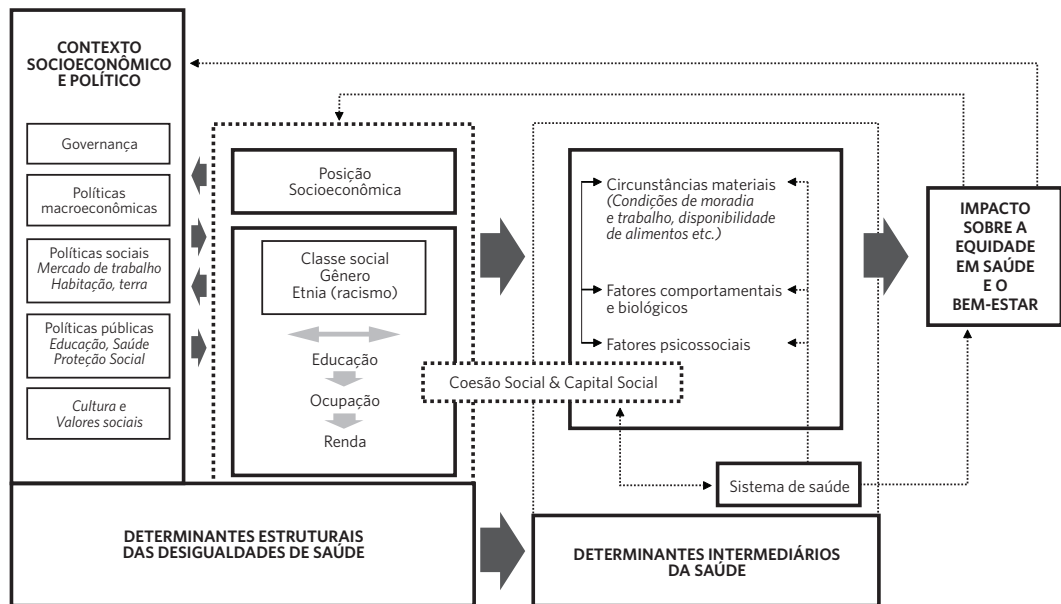
estilos de vida individuais, encontra-se no limiar entre aqueles fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, além de serem dependentes de opções individuais, são também dependentes dos DSS, como o acesso a informações e alimentos saudáveis, lazer, entre outros. A camada seguinte é representada pelas redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e expressam, em maior ou menor grau, de acordo com a sua organização, o nível de coesão social. Logo após, encontram-se os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho dos indivíduos, disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, indicando os diferenciais de vulnerabilidade a que estão expostos os indivíduos que se encontram em condição de pobreza. Por fim, a última camada expressa os macrodeterminantes relacionados com as condições econômicas, sociais e ambientais em que vive a sociedade, assim como os determinantes supranacionais como o processo de globalização (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Em 2010, a OMS estabelece um novo marco conceitual sobre os DSS, sintetizado a partir do modelo proposto por Solar e Irwin (2010), e que foi adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, sendo incluído no relatório 'Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde' (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Nesse modelo (figura 2), os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A 'estrutura' expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de

acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Essas posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, os autores destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (SOLAR; IRWIN, 2010).

Os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso. A coesão social e o capital social atravessam as dimensões estrutural e intermediária (SOLAR; IRWIN, 2010).

Figura 2. Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin



Fonte: Solar e Irwin (2010).

As causas estruturais são projetadas em ambos os modelos conceituais em formatos bastante diferenciados, alcançando posições de relevância e significação distintas. No modelo proposto de Dahlgren e Whitehead (*figura 1*) tais causas aparecem muito periféricamente (a ‘camada’ mais fina da figura), sob a denominação de ‘determinantes distais, ou macrodeterminantes econômicos e sociais’. Entende-se que a projeção periférica dada aos determinantes estruturais nesse desenho esquemático, somada à ênfase dada à camada intermediária das ‘condições de vida e de trabalho’, assim como a dos fatores individuais (como idade, sexo e fatores hereditários), traduz a pouca importância conceitual que foi atribuída a estes na construção dessa noção de DSS.

Já no modelo de Solar e Irwin (*figura 2*) adotado atualmente pela OMS, as causas estruturais assumem uma posição de destaque, mais próxima ao alcance da ideia de ‘raiz’ ou ‘base’, representando a prioridade causal (que foi dada neste marco conceitual) aos fatores estruturais na geração das iniquidades em saúde e na modulação das condições

de vida. Além disso, o desenho de Solar e Irwin, ao explorar o recurso gráfico da seta, dá projeção à compreensão das relações e conexões entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde.

Breilh (2013) entende que essa abordagem inscrita no marco conceitual proposto por Solar e Irwin, apesar de representar um paradigma de transição crítica que se abre para a percepção do ‘estrutural’, começa a romper com uma visão mais restritiva da epidemiologia convencional, sem que isso represente uma mudança de paradigma.

Muitas críticas têm sido estabelecidas a essa abordagem da OMS sobre os determinantes sociais da saúde. Essas críticas têm sido articuladas especialmente por meio de debates no interior da saúde coletiva e da medicina social latino-americana, circulando ao redor da diferenciação entre determinante sociais da saúde e a determinação social do processo saúde-doença (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008; TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009; NOGUEIRA, 2009; BREILH, 2013; ALBUQUERQUE; SILVA, 2014; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2014; BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015).

Entendem, em geral, que a OMS aborda os determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista de ‘fatores’ (condições de vida, de trabalho, de moradia, de educação, de transporte etc.), ‘contextos’, ‘circunstâncias’ e ‘condições’, adotando, assim, uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social. Isso ofusca sobremaneira o entendimento dos múltiplos processos socioeconômicos, culturais, ecobiológicos, psicológicos que compõem as articulações dinâmicas do objeto saúde-doença, uma vez que não reconhece que o perfil patológico é criado e transformado por cada sociedade em diferentes momentos históricos, ao mesmo tempo que converte as estruturas sociais em variáveis e não em categorias de análise do movimento de produção e reprodução social (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009; ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008; BREILH, 2013).

Breilh (2013) afirma que essa perspectiva de abordagem é reducionista, pois oculta categorias analíticas de peso dentro das ciências sociais (como reprodução social, modos de produção, relações de produção etc.) e torna difícil proporcionar um pensamento crítico direto sobre a essência da organização social da sociedade de mercado e do regime de acumulação capitalista, por meio dos processos de geração e reprodução da exploração humana e da natureza e as suas marcadas consequências na saúde.

Conforme Breilh (2013), as ‘causas estruturais’ das desigualdades sociais em saúde, apesar de assumirem uma posição de maior relevância no último modelo adotado pela OMS (*figura 2*), ainda aparecem como abstrações esvaziadas de conteúdo crítico e de movimento. Impossibilitam, também, a análise do processo radical de acumulação econômica-exclusão social como eixo de uma reprodução ampliada das desigualdades sociais (em saúde).

Muito embora ambos os modelos assumam ideias-chave da produção crítica latino-americana da década de 1970, como as dimensões do ‘geral’, do ‘particular’ e do

‘singular’, essas não foram reconhecidas como contribuições latino-americanas originais (BREILH, 2013). Além disso, essas dimensões foram transformadas em níveis de variáveis ou fatores causais, em modelos que trabalham com ações de governança limitadas e funcionalistas, uma vez que acabam por limitar superação das desigualdades sociais em saúde ao plano da ‘melhoria das condições de vida’ e à ideia de ‘repartir recursos’, limitando a saúde a um bem de justiça distributiva a cargo do Estado (BREILH, 2013; ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008). Em outros termos, trata-se de uma abordagem que não reconhece a incompatibilidade entre o regime de acumulação capitalista e os modos de vida saudáveis (BREILH, 2013).

Esse posicionamento foi assumido pela Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) – e publicado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – no ano de 2011. Nessa colocação, solicitou-se que o conceito de determinantes sociais não fosse banalizado ou reduzido, mas que fosse lembrado que por trás de todo reducionismo do conceito estava uma clara ideia de mercantilização da vida. Uma ideia incitada por um poder hegemônico neoliberal que se expressa em uma propriedade intelectual que beneficia a indústria médica, assim como em diferentes estratégias de manipulação do pensamento coletivo, que possuem a mídia e os meios de comunicação como veículos centrais nesse processo (CEBES, 2011).

No plano da epistemologia científica, Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2014) problematizam a visão sobre o ‘social’ presente na no o de determinantes sociais da saúde. Os autores partem de leituras críticas produzidas por Boaventura de Sousa Santos (2008) e Latour (2012) em rela o ao modelo de racionalidade científica elaborado na modernidade, para colocar em análise e produzir questionamentos em rela o ao recorte que tal modelo imprime aos estudos científicos sobre o social (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014).



Nessa análise, esclarecem que o paradigma que dá base a esse modelo impõe uma separação total entre a natureza e o ser humano, exalta a quantificação, a divisão e fragmentação dos elementos componentes da realidade a ser investigada, a centralidade da ciência estatística e, principalmente, favorece o rigor enrijecido da objetividade e da neutralidade científica (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014; SANTOS, 2008). Além de fragmentar, essa racionalidade demarca o social como domínio específico e circunscrito, como algo distinto dos demais, como biologia, direito, geografia, psicologia etc., e útil apenas para explicar os aspectos residuais que as outras disciplinas não contemplam (LATOURET, 2012). Nesse sentido, configura-se a visão de um social fragmentado e externo à dimensão saúde (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014).

Esse modelo foi inicialmente desenvolvido no âmbito das ciências naturais, a partir da revolução científica do século XVII, tendo como atributo necessário a enunciação de leis universais. Apoiava-se no princípio do determinismo, fundado a partir da ideia de ordem e estabilidade do mundo, e anunciava que a natureza é regida por constantes e regularidades e que caberia à ciência descobri-las. Aplicado ao campo da investigação científica, esse princípio resultou na premência dada à busca das relações de causalidade entre os fenômenos (SANTOS, 2008). Nos séculos seguintes (XVIII e XIX), os pressupostos que apoiaram o desenvolvimento dos métodos de excelência para a investigação dos fenômenos naturais foram considerados como igualmente oportunos para basearem a investigação dos eventos sociais, especialmente a partir da corrente filosófica positivista (SANTOS, 2008).

Nessa discussão considera-se pertinente revisitar os argumentos que foram concebidos no bojo do desenvolvimento da racionalidade científica moderna no campo da sociologia, mais especificamente, da sociologia positivista de Émile Durkheim, no intuito de desvelar os preceitos filosóficos

que sustentam a noção de determinantes sociais da saúde. Nesse campo, Émile Durkheim (1858-1917) é considerado um dos autores clássicos, aquele que trouxe grande influência na sua consolidação enquanto disciplina acadêmica, inspirando-lhe rigorosos procedimentos de pesquisa. A partir da delimitação e investigação de um considerável número de temáticas, esse autor deu-lhes definição sociológica própria e uma parcela considerável de sua obra foi dedicada à discussão do método de pesquisa adequado à instituição de uma ciência social.

## **A noção positivista de ‘determinantes sociais’**

Segundo Löwy (2009), a ciência social positivista de Durkheim possui como preceito central a noção de ‘lei social natural’. Esse pressuposto considera que os acontecimentos humanos podem ser explicáveis ‘naturalmente’, visto que compartilham a condição de constância e regularidade, a mesma com que se interpretam os fenômenos naturais. A consequência epistemológica decorrente desse pressuposto foi a de que os critérios, regras e procedimentos usados para a pesquisa das sociedades deveriam ser iguais aos utilizados pelas ciências naturais. Por mostrarem-se subordinadas aos mesmos métodos das ciências naturais, as ciências da sociedade deveriam limitar o estudo dos fenômenos sociais à observação e à explicação causal, tornando possível interpretar os ‘fatos naturais’ que regem as relações humanas e sociais (LÖWY, 2009).

Da mesma forma que as ciências naturais eram reconhecidas como sendo objetivas, neutras, livres de juízo de valor, as ciências sociais também deveriam proceder, usando o mesmo modelo de objetividade científica. Assim, a concepção positivista afirmava a possibilidade de que as ciências sociais se desvinculassem de todos e quaisquer tipos de julgamentos de valor e de ideologias (LÖWY, 2009).

Em ‘Regras do método sociológico’, Durkheim (2007) estabeleceu as principais regras que considerava necessárias para que a sociologia se tornasse uma ciência autônoma, procurando demonstrar que poderia haver uma ciência sociológica objetiva e científica, tal qual as ciências físico-matemáticas. Para isso, tal esfera de conhecimento precisaria constituir e delimitar o seu próprio objeto de investigação: o fato social.

É fato social toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais (DURKHEIM, 2007, P. 13).

O fato social, como um objeto passível de observação e explicação científica, precisaria apresentar características bem definidas: a exterioridade, ou seja, a capacidade de revelar-se independentemente dos indivíduos; a coercitividade, mostrando-se capaz de exercer uma imposição sobre os pensamentos e sentimentos dos indivíduos; a generalidade, isto é, a capacidade de mostrar-se comum a todos ou à maioria dos indivíduos a partir de determinadas maneiras de pensar, agir e sentir (DURKHEIM, 2007).

Por apresentarem-se como realidade externa, anterior aos indivíduos, em outras palavras, elaboradas por gerações anteriores às existências atuais, a ‘internalização’ dessas maneiras coletivas de agir e pensar se dá por intermédio da educação. Esta, segundo o autor, consiste em um contínuo esforço por socializar o indivíduo no meio em que vive, impondo, desde os primeiros anos de vida, maneiras de agir, de sentir e de ver às quais não chegaria de forma espontânea, como comer e dormir em horários regulares, ter hábitos higiênicos, ser obediente e paciente, estudar, trabalhar. Aos poucos, essas maneiras de agir vão dando lugar a hábitos e tendências que resultam dessa coerção (DURKHEIM, 2007).

A abordagem científica dos fenômenos sociais enquanto ‘fatos’ traz como consequência a primeira regra essencial do método sociológico: considerá-los como ‘coisas’.

É coisa, com efeito, tudo o que é dado, tudo o que se oferece, ou melhor, se impõe à observação. Tratar fenômenos como coisas é tratá-los na qualidade de dados que constituem o ponto de partida da ciência. Os fenômenos sociais apresentam incontestavelmente esse caráter. (DURKHEIM, 2007, P. 28).

O caráter de ‘coisa’ atribuído à análise científica da vida social retira dos indivíduos a ideia ou noção que fazem dos fenômenos e se foca nas representações estabelecidas pela coletividade, materializadas por meio de normas jurídicas, de valores econômicos etc.

Dessa regra fundamental, Durkheim (2007) extraiu as subsequentes. Uma delas diz respeito à necessidade de o pesquisador estabelecer um afastamento de suas pré-noções, de seus preconceitos, das ideias formadas e cristalizadas pelo senso comum, para que aquele possa realizar a observação dos fatos sociais. Esse afastamento requer do sociólogo um rompimento com conceitos formados em domínios exteriores ao científico e que o autor julga como falsas evidências. A ciência seria o lócus de um saber neutro, desprovido de julgamentos de valor. Dessa maneira, o sociólogo, em uma investigação científica, dirigindo-se a um grupo determinado de fenômenos, deveria defini-los previamente. Essa regra é colocada como a condição primeira e indispensável para que exista a possibilidade de prova e verificação dos fatos (DURKHEIM, 2007).

Essa definição, segundo o autor, deve ser a mais objetiva possível, de maneira que seja capaz de exprimir os fenômenos por meio de propriedades inerentes a eles próprios, e não daqueles que provenham de uma ideia do pesquisador. Isso significa que a investigação deve partir das manifestações mais

exteriores de um fenômeno. Definir os fenômenos sociais a partir de seus caracteres exteriores requer também que o pesquisador os considere naqueles aspectos em que se apresentam isolados de suas manifestações individuais, de forma que sejam representados da maneira mais objetiva possível (DURKHEIM, 2007). Isso quer dizer que o que prevalece é a forma como o fenômeno apresenta-se na coletividade, em sua generalidade.

Fora dos atos individuais que suscitam, os hábitos coletivos se exprimem por meio de formas definidas: regras jurídicas, morais, provérbios populares, fatos de estrutura social, etc. Como estas formas existem de maneira permanente, como não mudam com as diversas aplicações que delas são feitas, constituem um objeto fixo, uma medida constante que está sempre à disposição do observador e que não deixa lugar às impressões subjetivas e às observações pessoais. (DURKHEIM, 2007, P. 45-46).

Vê-se aí, como a propriedade de ‘coisa’ atribuída ao ‘social’ retira-lhe a dinamicidade e a organicidade inerentes. Para que os fenômenos sociais possam ser objetivamente abordados, precisam apresentar uma fixidez, uma medida precisa, que se mostre por si mesma e que independa do ponto de vista do pesquisador, eliminando tudo o que tem de variável e de subjetivo.

As regras estabelecidas pelo positivismo de Durkheim não apenas trouxeram, mas, principalmente, legitimaram, no interior das Ciências Sociais, os pressupostos da objetividade, fundamentada na reificação do social enquanto ‘fato’, a partir de duas características consideradas indispensáveis para a validação científica: a exterioridade, ou seja, a capacidade de mostrar-se como uma realidade independente e externa ao indivíduo e a generalidade, ser comum a todos ou à maioria dos indivíduos. Além de exigir a neutralidade da ciência na análise dos fenômenos sociais, na medida em que colocou como fundamentalmente necessário

o afastamento das pré-noções, crenças e preconceitos do pesquisador na observação dos fatos sociais.

Essa caracterização e delimitação do social tornou-o passível de ser isolado, fragmentado e classificado pela ciência. Possibilitou decompô-lo em tantos ‘fatores’, ‘estratos’, ‘camadas’ quanto fossem necessários para que se estudassem e organizassem as relações de causalidade com fenômenos da vida, como o processo saúde-doença. A partir dessas considerações, entende-se ter explanado a maneira pela qual os pressupostos positivistas se inscrevem na mutação de léxico entre determinação social e determinante social. Então, resta apontar, ainda que incipientemente, as consequências de tal alteração, tanto do ponto de vista epistemológico como para a diminuição das iniquidades em saúde.

## Considerações finais

O estudo teve como ponto chave de discussão a noção de determinantes sociais da saúde veiculada oficialmente pela OMS a partir do ano de 2005. Nesse sentido, entende-se que é importante reforçar a diferença entre as noções de ‘determinação social da saúde’ e a de ‘determinantes sociais da saúde’.

A noção de determinação social da saúde foi construída nas três últimas décadas do século XX, a partir de um importante movimento de produção científica da corrente médico-social latino-americana. Essa corrente empenhou-se em trazer suporte teórico para elaboração de um pensamento social na área da saúde, na realização de uma nova leitura da Saúde Pública, a partir de uma perspectiva crítica à abordagem positivista da história natural da doença. Essa leitura crítica foi intensamente marcada por referenciais vinculados ao materialismo histórico, com ênfase nos processos de produção e reprodução social. Retirou do pensamento marxista o ‘trabalho’ como categoria

central e assentou no ‘processo de trabalho’ uma notável importância sobre a determinação do processo de adoecimento.

Anos mais tarde, na entrada do século XXI, a OMS, por meio da criação da já citada comissão, retoma a discussão do social na análise e compreensão do processo saúde-doença, a partir da noção de ‘determinantes sociais da saúde’. Essa noção explicita a reificação do social e a necessidade de caracterizá-lo como um domínio específico e limitado da realidade, além de tratá-lo como algo externo ao sujeito coletivo/individual, algo estabelecido ‘a priori’: uma medida precisa, estática, fixa, ou, nas palavras de Durkheim

[...] um objeto fixo, uma medida constante que está sempre à disposição do observador e que não deixa lugar às impressões subjetivas e às observações pessoais. (DURKHEIM, 2007, P. 46).

Assim, uma revisitação às obras de Durkheim, deixa claros os pressupostos positivistas presentes na ideia de determinantes sociais da saúde, na medida em que desvela os argumentos filosóficos de fragmentação e esquematização dos fenômenos sociais em fatores diversos, passíveis de serem estudados isoladamente, como ‘fatos sociais’.

A consequência de operar dessa maneira reforça a disciplinarização e a divisão do conhecimento em ‘setores de saber’ incommunicáveis. No campo de produção de conhecimento e formação em saúde, encontra-se um exemplo emblemático ao se analisar disciplinas da grade curricular dos diversos cursos que a compõem (a área da saúde), como a sociologia e a psicologia, na qual, na grande maioria das vezes, são ofertadas de modo paralelo e sem relação com as demais disciplinas, colocando-se o social como uma ‘dimensão externa’ ao indivíduo e à saúde e que podem ser acessados quando se precisa estabelecer frouxas relações com o processo saúde-doença; estabelecendo e reforçando dicotomias entre indivíduo, coletivo,

natural, social, biológico. Configuram-se, assim, perfis profissionais desmotivados e despreparados para encarar os desafios que a atualidade impõe e que se expressam na necessidade de conexão de saberes e fazeres. Considera-se que insistir na abordagem de um social fragmentado é escolha de um caminho que se mostra na contramão dos esforços envidados para a construção da interdisciplinaridade.

Em outra perspectiva, Ianni (2011) apresenta os grandes desafios postos na contemporaneidade para o avanço do campo científico, desafios estes que estão ligados às bases históricas sobre as quais se constituiu o pensamento das ciências sociais ‘clássicas’. Para a autora, as ciências sociais desenvolveram o seu arcabouço teórico-conceitual de explicação dos fenômenos sociais recorrendo exclusivamente à sociedade, partindo da pressuposição de que tais fenômenos fossem explicados apenas por causas sociais, denegando o universo biológico e o meio externo natural, assim como o indivíduo, e focando apenas nos processos coletivos.

Nos marcos do pensamento moderno, portanto, as questões que permeiam a saúde-doença mantiveram-se polarizadas de forma excludente – o indivíduo e o coletivo, o biológico e o social, as diferentes racionalidades (Ciências sociais – Ciências naturais). Ao biológico, esfera das Ciências naturais, o ‘quase imutável’, o mundo das leis fixas. Ao social, esfera das ciências sociais, o mundo em transformação, das crises, das revoluções, dos levantes e mudanças históricas, políticas. (IANNI, 2011, P. 34).

Os atuais problemas ambientais, tais como as mudanças climáticas ocorridas em decorrência do aquecimento global, as catástrofes naturais, a diminuição dos recursos hídricos, a diminuição e extinção de espécies, o aumento da produção de lixo e as contaminações de produtos agrícolas por agrotóxicos acabam por desvendar

a aparente e equivocada divisão entre o natural e o social, uma vez que esses fenômenos são “natureza produzida socialmente, pelas mãos humanas” (IANNI, 2011, P. 35).

No entanto, o presente momento de emergência de profundas mudanças sociais vem forçando a teoria social contemporânea a ocupar-se pelos fenômenos e contextos sociais de sua atualidade (IANNI, 2011, P. 35).

Emergem conceitos como reflexivo, risco, líquido, mundialização, global, cosmopolítico etc. Agora os problemas já não são mais da afirmação de objetos disciplinares da natureza ou da cultura, do biológico e do social (e nem poderiam sê-lo).

Diante desses grandes desafios, entende-se ser urgente abrir um amplo debate sobre os caminhos e trajetórias adotados e sua possível transformação. Um dos pontos é a necessidade da superação do paradigma da disjunção, da redução, da divisão, da fragmentação, que sustenta a ciência moderna (SANTOS, 2008). Isso significa uma reforma radical do pensamento, afirmando um paradigma que dê conta da complexidade, da diversidade, das costuras, das conexões.

Esse movimento de superação do paradigma moderno da racionalidade científica que fragmenta e dispersa o social, tem sido realizado de forma sustentada por importantes teóricos sociais (LATOUR, 2012; SANTOS, 2008). O paradigma emergente se sustenta na condução de uma ciência pós-moderna que ultrapasse a ideia de um mundo controlado e manipulado para a de um mundo que deva ser compreendido e contemplado; um paradigma que afirme a necessidade de que os pressupostos metafísicos, culturais, os sistemas de crenças e sabedorias diversas sejam parte integrante da explicação científica da natureza e da sociedade; um paradigma que supere a dicotomia entre sujeito-objeto, observador-observado, natural-social, mente-matéria, coletivo-individual (SANTOS, 2008).

Latour (2012) sustenta a defesa em uma nova

abordagem ao social, que o compreenda como ponto de chegada, de convergência, e não como ponto de partida. Abordagem esta capaz de afirmar que não há nada de específico na ordem social, que o social não deve ser compreendido como uma coisa particular ou como uma realidade específica. Tal abordagem trata de reagrupar, de redefinir e de restabelecer conexões e associações fornecidas por domínios específicos e heterogêneos da realidade de modo a entender os fenômenos a partir de suas incessantes vinculações. Na perspectiva de Santos (2008), trata-se de uma ciência que seja capaz de estudar os fenômenos naturais a partir dos sociais. Isso requer incorporar, para além de métodos capazes de quantificar a realidade, aqueles métodos que possam se debruçar na compreensão da realidade subjetiva do ‘outro’, da vida em coletividade.

Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, entende-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade. Reforça a fragmentação da vida e constrói atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Abordar os acidentes e as mais variadas formas de violência como ‘causas externas’ ao setor saúde é reduzir a capacidade política de todos os atores sociais para agir perante essas complexas questões sociais.

Na perspectiva das práticas cotidianas de atenção à saúde, e, tendo como pressuposto que todo ato em saúde é dotado de significação, adotar a noção de ‘determinantes sociais da saúde’ reforça a polaridade estabelecida entre o ‘ser biológico’ e o ‘ser social’. É nessa lógica que o sujeito portador de certas doenças específicas, além de ser ‘dissecado’ pelas diversas especialidades médicas, é desconsiderado como aquele que sofre violência familiar, que vive em condições precárias de vida e de trabalho, que depende das políticas de assistência social para viver. Assim, o ser, em toda a sua complexidade de existência, é partido em distintas dimensões: o ser biológico – ‘investigado’ por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, entre

outros profissionais de saúde; o ser social, para os assistentes sociais; e o ser psicológico, para os psicólogos. Cabe perguntar em que medida essa postura contribuiu para a compreensão dos complexos fenômenos humanos e insufla o agir sobre eles.

## Colaboradores

Júlia Arêas Garbois contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento do

ensaio, elaboração do rascunho e da revisão crítica e participou da aprovação da versão final. Francis Sodré contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento do ensaio, elaboração do rascunho e da revisão crítica e participou da aprovação da versão final. Maristela Dalbello-Araujo contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento do ensaio, elaboração do rascunho e da revisão crítica e participou da aprovação da versão final. ■

---

## Referências

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.
- ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. D. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, v. 3, n. 4, p. 323-335, nov. 2008. Disponível em: <<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>>. Acesso em: 2 jun. 2016.
- AROUCA, A. S. S. *O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BORDE, E.; HERNANDEZ-ALVAREZ, M.; PORTO, M. F. P. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015.
- BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. Tradução: Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP: Hucitec, 1991.
- \_\_\_\_\_. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, Medellín, v. 31, supl 1, p. 13-27, 2013.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 496-498, 2011.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades*



*em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Lisboa: OMS, 2010.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Org.). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1994, p. 33-55.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1173-1182, 2014.

IANNI, A. M. Z. Questões Contemporâneas sobre Natureza e Cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a Sociologia no Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n.1, p. 32-40, 2011.

LATOURETTE, B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc, 2012.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LÖWY, M. *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e o positivismo na sociologia do conhecimento*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOLAR, O.; IRWIN, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 147-154.

TAMBELLINI, A. M. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, set./dez. 2009.

---

Recebido para publicação em outubro de 2016  
Versão final em janeiro de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Explotación minera y sus impactos ambientales y en salud. El caso de Potosí en Bogotá

*Mining and its health and environmental impacts. The case of Potosí in Bogotá*

Ángela Marcela La Rotta Latorre<sup>1</sup>, Mauricio Hernando Torres Tovar<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Bajo el modelo capitalista global este trabajo explora el vínculo entre la explotación minera y sus impactos dentro de los campos del medio ambiente y la salud, tomando el caso de la minería de materiales de construcción en Bogotá. El estudio es de carácter descriptivo cualitativo y sus fuentes provienen de revisión literaria, observación y percepciones por parte de los lugareños. Gracias a esta investigación se evidenciaron alteraciones en el estado de salud física y mental de la población, su tejido social y daños al ambiente; lo que cuestiona este modelo de desarrollo y sus patrones que ponen en riesgo la supervivencia, que va de la mano con el surgimiento de serios conflictos medioambientales, evidenciando la relación del ambiente tanto con la salud como con dinámicas socio-culturales.

**PALAVRAS-CHAVE** Minería. Salud. Ambiente. Desarrollo económico.

**ABSTRACT** *Under the global capitalist model this paper explores the link between mining and its environmental and health impacts, taking the case of mining of building materials in Bogotá. The study is descriptive qualitative and its information comes from literature review, observation and perceptions of inhabitants. From this search alterations were found in the physical and mental health of the population, its social net, and environmental damage, questioning the current development model and its patterns that put at risk the survival and goes together with the emergence of serious environmental conflicts that show the relationship of the environment with socio-cultural dynamics and health.*

**KEYWORDS** *Mining. Health. Environment. Economic development.*

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina - Bogotá, Colombia.  
amlal@unal.edu.co

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública - Bogotá, Colombia.  
mhtorrest@unal.edu.co

## Introducción

Actualmente, las dinámicas globales obedecen al modelo capitalista de producción a gran escala, acumulación, derroche y despojo. Éste modelo, a su vez, está soportado en el necesario consumo de productos, bienes y servicios que se ha ido incrementando con el auge de la tecnología, el crecimiento demográfico y las necesidades artificiales que crea el sistema productivo. Todos estos productos requieren de diversos recursos naturales para su producción, y para lograr satisfacer la demanda se ha recurrido a la explotación de múltiples territorios llevando a una destrucción sin precedentes.

Obedeciendo a este comportamiento mundial, el modelo extractivista se ha instaurado en Colombia como una de las principales actividades económicas, sin embargo, las consecuencias ambientales, sociales, culturales y económicas, debidas a la pobre regulación, el escaso control, la falta de presencia del Estado y la protección de intereses particulares producidas por estas actividades extractivas principalmente minero-energéticas han puesto en evidencia complejos conflictos de carácter socioambiental que repercuten profundamente en las dinámicas poblacionales y que comienzan a ser motivo de preocupación debido a los efectos que se vislumbran en las condiciones de vida, salud y el tejido social propio de las poblaciones cercanas a los lugares donde se desarrollan estos proyectos de explotación o de las que se han visto envueltas, directa o indirectamente, en los mismos.

En Colombia, La Ley 685 (Código de Minas) prácticamente coloca al Estado como un observador en cuanto a la actividad minera, mientras que incentiva la inversión privada, lo cual se ratifica en los Planes de Desarrollo Minero desde el año 2002 hasta la actualidad (INSUASTY RODRÍGUEZ; GRISALES; GUTIERREZ, 2013). En cuanto al sector ambiental la situación no es diferente; hasta hace poco menos de 10 años se entregaron cientos de títulos mineros para la explotación de áreas protegidas, lo que

ocasionó enormes daños ecológicos y sociales, esto debido a que ni el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible ni las corporaciones autónomas regionales, han definido en su totalidad el régimen de uso de las zonas que les corresponden, desde las reservas forestales hasta los humedales (SALAMANCA, 2013).

Este panorama crea un ambiente de ‘confianza inversionista’ que atrae el capital de diversas multinacionales para la explotación de los territorios, confrontando los intereses de las mismas con los del Estado y con los de las diversas comunidades que los habitan, comunidades que generan resistencia al defender sus recursos naturales y la salud de su población.

Estas problemáticas afectan principalmente a poblaciones vulnerables como los indígenas o campesinos, al vivir en tierras estratégicas (INSUASTY; GRISALES; GUTIERREZ LEÓN, 2013). Desafortunadamente, a las comunidades o no se les informa acerca de los proyectos mineros o se les informa mal o los intereses económicos juegan un papel clave. Esto es claro en el mecanismo de consulta previa según la Contraloría, ya que

[...] en el proceso de otorgamiento de los títulos mineros no se tiene en cuenta la consulta previa que es un derecho fundamental de las comunidades étnicas, pues se trata de un mecanismo básico para preservar su integridad étnica, social, económica y cultural, y para asegurar su supervivencia como grupos sociales, tal como la Corte Constitucional lo ha expresado en ocasiones reiteradas. (SALAMANCA, 2013, P. 25).

Existen múltiples ejemplos de este modus operandi para el otorgamiento de títulos mineros en Colombia. El Cerrejón en la Guajira, Cerro Matoso, el páramo de Santurbán, Caramanta, Marmato, Cajamarca, sólo por mencionar algunos.

Evidentemente, estas problemáticas y conflictos, unos ya existentes y posteriormente exacerbados por la minería, otros generados por la presencia de la misma, obedecen a una serie de factores que convergen

para dar paso a un clima de tensión, incertidumbre y vulnerabilidad en las comunidades afectadas que desemboca luego en profundos daños sociales, ambientales, sanitarios y económicos. Como lo expresa la Contraloría General de la República

La presencia de complejos mineros en los territorios puede exacerbar situaciones como las antes descritas (...pauperización, confinamiento en el territorio, desplazamiento para satisfacción de necesidades básicas) o generar nuevos conflictos de pérdida de vigencia de derechos constitucionales e imposibilidades para que las poblaciones puedan disfrutar de una vida digna. (SALAMANCA, 2013, P. 58).

En el marco de esta dinámica nacional el presente trabajo explora los vínculos entre la explotación minera y sus impactos al ambiente y a la salud, tomando como ejemplo demostrativo el estudio de caso de la minería de materiales de construcción en Bogotá, específicamente en el barrio Potosí de la localidad de Ciudad Bolívar, donde la presencia de zonas de explotación minera ha dado paso a conflictos entre la comunidad, las entidades gubernamentales y los empresarios ubicados en este territorio, a causa de los efectos producidos tanto en el ambiente como en la salud de la población.

## Material y métodos

Este estudio es de carácter cualitativo descriptivo. Primero se realizó una búsqueda bibliográfica en torno a la temática minera, específicamente de los procesos extractivos de materiales de construcción y sus efectos en el ambiente y la salud, de su legislación y del estado de la actividad minera en Colombia, en la capital y en Ciudad Bolívar, localidad de Bogotá, territorio concreto a estudiar.

Posteriormente se analizaron datos y estadísticas de informes provenientes de entidades gubernamentales, tanto nacionales como locales, referentes al estado de la actividad

minera en Bogotá, a los impactos generados por la misma y al análisis general del estado de la población de la localidad de Ciudad Bolívar en conjunto con datos del último diagnóstico realizado por el Hospital Vista Hermosa, hospital de referencia de esta localidad. Igualmente se analizaron algunos indicadores de la localidad presentados por los observatorios de ambiente y salud ambiental de la Alcaldía Mayor de Bogotá, todo esto con el fin de caracterizar la población y su entorno.

Luego se recopilaron notas de prensa que permitieron complementar la información acerca de los actos de la comunidad y las dinámicas generadas entre los actores del conflicto socioambiental en el territorio de Potosí.

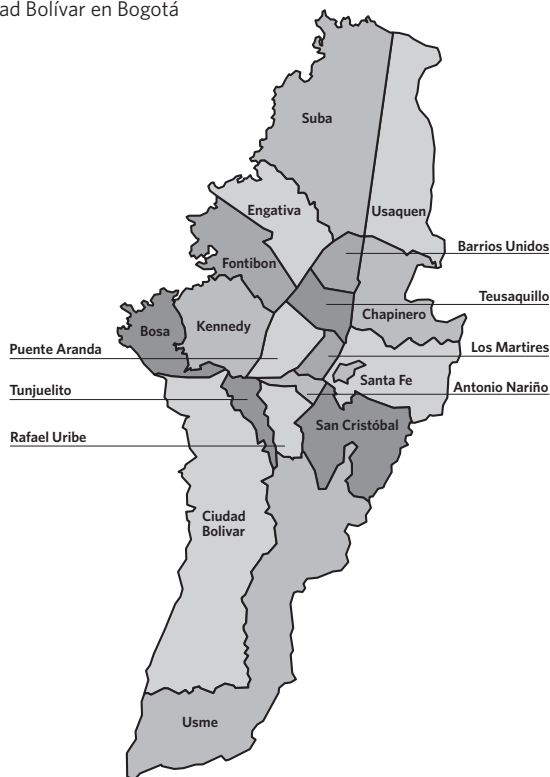
Por último, se realizó una visita al territorio guiada por integrantes de la Mesa Ambiental 'No le Saque la Piedra a la Montaña', habitantes del barrio, quienes han trabajado en la construcción de una estrategia para frenar la minería en el sector, para conocer, a partir de testimonios, la percepción de la comunidad frente a esta. Los nombres de los entrevistados fueron alterados para proteger su identidad.

## Resultados

La ciudad de Bogotá, territorialmente, está dividida en 20 localidades, y concretamente la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra al sur de Bogotá, siendo la tercera más extensa de la ciudad con 13,000.2 hectáreas, de éstas 9,608.4 hectáreas pertenecen a zona rural y 3,239.8 a zona urbana con aproximadamente 713,764 habitantes (BOGOTÁ, 2017; BOGOTÁ, 2011A). En esta localidad se encuentra el Relleno Sanitario Doña Juana y el Parque Minero Industrial Mochuelo que pasa por cuatro veredas de la localidad.

El barrio Potosí se encuentra localizado en la parte más alta de uno de los cerros de la localidad, en su costado suroccidental. La estructura ecológica de la localidad posee 8 Áreas Forestales Distritales y el Parque Ecológico Distrital de Montaña (BOGOTÁ, 2013A).

Figura 1. Ubicación de Ciudad Bolívar en Bogotá



Fuente: MCS en Contacto (2017).

La población de esta localidad es, en general, de bajos recursos económicos según la estratificación de la ciudad, en tanto históricamente esta ha sido una zona a la que llega población migrante y desplazada en

Colombia y de sectores obrero-populares. La tabla 1 presenta datos que ayudan a su caracterización, comparándola con la población general de Bogotá, especialmente en cuanto a indicadores de pobreza y condiciones de vida.

Tabla 1. Caracterización de la población de Ciudad Bolívar

Parametro	Descripción	Ciudad Bolívar	Bogotá
Inseguridad Alimentaria	Porcentaje de Hogares con Inseguridad Alimentaria (Total)	35.8%	24.3%
	Leve	26.8%	18.2%
	Moderada	8.5%	5.2%
	Severa	0.5%	0.9%
Percepción de pobreza	Porcentaje de la población que se considera pobre	33.9%	24.3%
Pobreza por ingresos	Personas pobres por ingresos	32.2%	17.3%
	Personas en indigencia por ingresos	5.9%	4.0%
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	Pobreza por NBI	9.8%	
	Miseria por NBI	0.7%	
Coeficiente de GINI	Miseria por NBI	0.380	0.542
Índice de Pobreza Multidimensional		6.2%	3.2%

Fuente: Bogotá (2011b).

Se observa que en comparación con Bogotá esta localidad se encuentra, en su mayoría, por encima de los valores promedio para la ciudad, lo que permite situarla dentro de las localidades con más segregación, desigualdad y marginación.

Por otra parte, el Observatorio de Salud Ambiental y el Observatorio Ambiental de Bogotá proporcionan datos de acuerdo al registro periódico de indicadores de los componentes estudiados en salud ambiental (aire, ruido, calidad de agua y saneamiento básico, entre otros) y de los

componentes ambientales propiamente dichos, recogidos en las 20 localidades de la ciudad (BOGOTÁ, 2017).

Según el último diagnóstico local del Hospital Vista Hermosa, las enfermedades respiratorias se encuentran dentro de las primeras causas de consulta externa y urgencias en todas las edades (BOGOTÁ, 2013B). Teniendo en cuenta lo anterior, en la siguiente tabla se presentan los datos de algunos indicadores correspondientes a la calidad del aire en la localidad de Ciudad Bolívar con respecto a la de la ciudad.

Tabla 2. Indicadores de salud ambiental relacionados con la calidad del aire en Ciudad Bolívar

Parametro	Indicador	2013		2014		2015	
		CB	BOG	CB	BOG	CB	BOG
Calidad del Aire	Casos salas ERA en menores de 5 años (meses: ene-mar)	1017 10.3%	9872	1238 10.4%	11862	722 7.1%	10099
	Prevalencia de Sibilancias en menores de 5 años posiblemente asociado a Material Particulado PM10	Sin datos para la localidad		16.6	13.1	19.0	13.2
	Prevalencia de ausentismo escolar por enfermedad respiratoria en menores de 14 años	11.9	14.7	13.7	17.9	22.0	19.3
	Quejas atendidas por exposición a contaminación del aire en la localidad			12.0	11.0	1.0	

Fuente: Bogotá (2017).

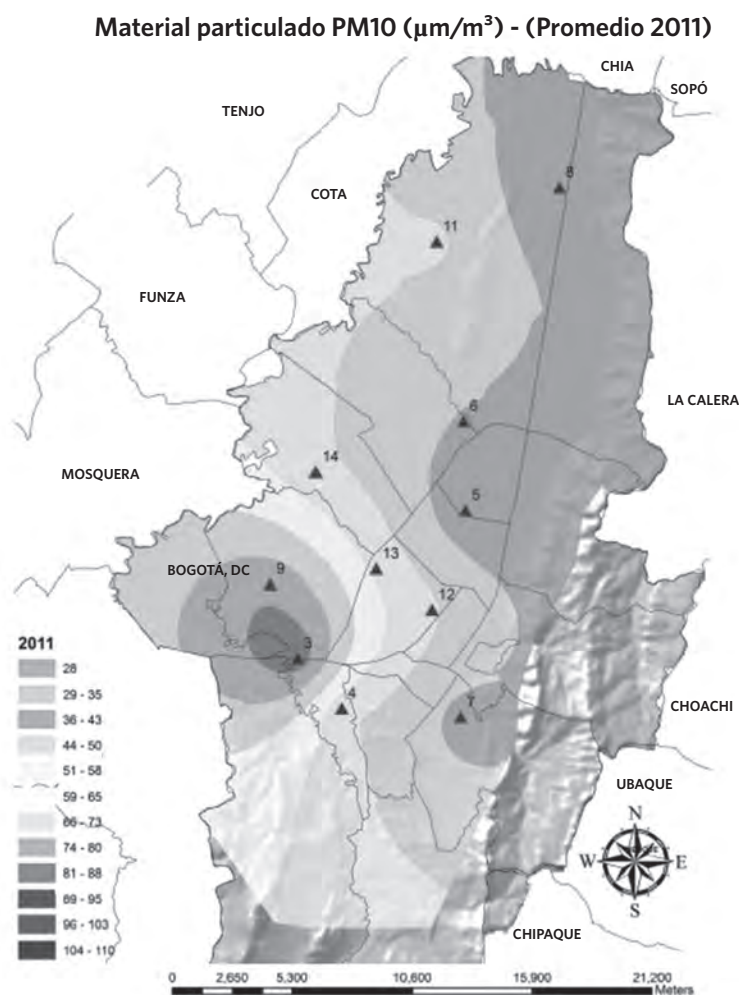
CB: Ciudad Bolívar; BOG: Bogotá; ERA: Enfermedad Respiratoria Aguda; PM10: Material Particulado con diámetro menor a 10µm.

En la *tabla 2* se observa la alta prevalencia de sibilancias en menores de 5 años de la localidad comparada con los demás menores de la ciudad. El porcentaje de los casos totales para los meses de enero a marzo corresponde en 2013 y 2014 a aproximadamente el 10% del total de la ciudad. Teniendo en cuenta que son 20 localidades se considera un alto número de casos aportados por una sola localidad, cifra que disminuye en el último año sin una causa descrita en los indicadores. La prevalencia de ausentismo escolar aumenta en el último año por encima de los valores de la ciudad y las quejas por exposición a contaminación del aire en 2013 y 2014 sólo fueron superadas por otras dos localidades (Bosa y

Kennedy), recibiendo de 2 a 5 quejas en las demás localidades.

Esto último concuerda con el promedio de PM10 (material particulado de diámetro menor a 10 µm) según el Plan Ambiental Local (PAL) de Ciudad Bolívar para 2013-2016, donde las mayores concentraciones en la ciudad, más allá del límite permitido, se encuentran dentro de las localidades Ciudad Bolívar, Bosa y Kennedy (BOGOTÁ, 2012), como lo muestra la *figura 2*. Esto se debe, fundamentalmente, a la confluencia de varias avenidas de alto tráfico en estas localidades y la presencia de industrias contaminantes, entre ellas las de carácter extractivo.

Figura 2 . Concentración PM10, promedio anual 2011 en Bogotá



Fuente: MCS en Contacto (2017).

Igualmente, se reportan valores por encima de los límites para las concentraciones de PM2.5 (Material Particulado con diámetro menor a  $2.5\mu\text{m}$ . Límite anual  $25\mu\text{g}/\text{m}^3$ , promedio anual encontrado con exceso de  $365\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) y para los niveles de partículas suspendidas totales (PST) (límite anual  $100\mu\text{g}/\text{m}^3$ , valor encontrado  $144\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) (BOGOTÁ, 2013A). A la luz de estos hallazgos es necesario observar la situación minera de la ciudad y la localidad según los impactos que ésta genera en el ambiente y la salud, teniendo en cuenta que en esta zona se realiza extracción de materiales de

construcción y uno de sus principales efectos directos es la contaminación del aire por emisión de material particulado.

La *tabla 3* muestra la situación de los predios en la zona urbana de Bogotá. Los predios mineros registrados en la ciudad hasta el año 2013 por la Contraloría de Bogotá se dividen en 6 localidades, encontrándose en mayor número en Ciudad Bolívar y Usme. Adicionalmente, se observa el estado legal de estos predios, la existencia o no de Planes de Manejo Ambiental (PMA) y el estado de actividad de las minas.

Tabla 3. Estado de predios mineros en zona urbana de Bogotá

Estado Legal de 108 Predios Mineros en zona urbana de Bogotá	7 con Contrato de Concesión 1 con Licencia de Exploración y Explotación 2 con Registro Minero	3 sin PMA establecido En 2 no se encuentra en firme el PMA.
	98 predios restantes se consideran ilegales al no contar con ninguno de los tres requisitos anteriores.	95 predios sin medidas de mitigación.
Actividad en los 108 predios	19 Activos 88 Inactivas 1 sin registro de actividad	Sólo 3 se encuentran dentro de zonas compatibles con minería.
Distribución por localidades de los 108 predios mineros	39 en Usme 28 en Ciudad Bolívar 17 en Rafael Uribe Uribe 13 en San Cristóbal 10 en Usaquén 1 en Santa Fe	
La SDA no especifica para ninguno de los 108 predios si se encuentran o no dentro de áreas compatibles con extracción minera.		

Fuente: Salamanca (2013).

PMA: Planes de Manejo Ambiental; PMRRA: Planes de Recuperación y Restauración Morfológica y Ambiental; SDA: Secretaria Distrital de Ambiente.

Es evidente la escasa regulación hacia esta industria extractiva si se tiene en cuenta que el 90% de los predios no cuentan con los requisitos legales para operación, de éstos el 96% no tiene medidas de mitigación y de los legales o no tienen PMA o se encuentra en construcción. Esta ilegalidad se explica, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), por predios que han pertenecido a familias dedicadas a la explotación de estos materiales y por erróneas u obsoletas interpretaciones de la ley que amparan hoy a algunos predios (CEPAL, 2004). Igualmente es notorio que la cantidad de los predios mineros en la ciudad converge, en su mayoría, dentro de las localidades de más bajos recursos.

En el caso específico de Potosí existe un predio de 169 hectáreas con cuatro frentes de explotación minera (HERRERA DURÁN, 2015) dedicados a la extracción de arenas amarillas, roca y recebo. A 200 metros hacia el

noroccidente se encuentra el colegio distrital Instituto Cerros del Sur y aproximadamente a la misma distancia inicia la línea de hogares que componen el barrio. Este predio se encuentra dentro de los enumerados como legales por el informe de la Contraloría, sin embargo, no se encuentra dentro de zona habilitada para minería por la Resolución 222 de 1994. Este predio no tenía PMA establecido ni acción frente al requerimiento del mismo y para el año 2013 no había registro del último concepto técnico, ya sea porque no se registró o porque no se realizó hasta ese momento. Igualmente, en este y otros dos predios, la vigencia de los contratos de concesión excede los 30 años de ley (de diciembre 26 de 1991 a mayo 9 de 2026) (SALAMANCA, 2013).

Para este predio, la Secretaria Distrital de Ambiente (SDA) emitió el Auto N°. 01052 con fecha del 4 de mayo de 2015. En este



documento se registran las acciones hacia el predio minero iniciadas desde el año 2000 por un oficio enviado a la Corporación Autónoma Regional (CAR) por la Junta de Acción Comunal de Arborizadora Alta Sector Sena, barrio aledaño a Potosí, “debido a la grave contaminación a la población del sector, entre otras afectaciones” (BOGOTÁ, 2015, P. 2).

Aquí se documentan los resultados de las visitas técnicas realizadas por la SDA los días 9, 13 y 18 de marzo de 2015, encontrando varios hallazgos: zonas de explotación fuera de las áreas del contrato; zonas de erosión dejando bloques de arenisca con alto riesgo de caída que se encuentran en las áreas no permitidas; acopios de hasta 2 metros de altura de suelo orgánico y recebo, localizados en la parte alta de los taludes favoreciendo procesos de remoción en masa; afectación de acuíferos; remoción y disposición inadecuada de suelos negros en laderas y zona de ronda de la quebrada Tibanica; inexistencia de manejo de aguas de escorrentía y sedimentos, que además de contaminación de aguas y suelos puede generar procesos de remoción en masa; emisión de material particulado por el viento debido a falta de cobertura vegetal, afectando zonas aledañas (BOGOTÁ, 2015).

Igualmente, se encontró afectación del ecosistema subxerofítico de la zona, ecosistema que

se ha identificado como estratégico para el Distrito, debido a sus características únicas de flora y fauna, los extensos pastizales xerófilos constituyen un alto potencial para la captura de CO<sub>2</sub> y por la gran diversidad endémica que sustenta (BOGOTÁ, 2015, P. 15),

sin hallar planes de reforestación, generando además un impacto visual negativo.

Dado lo anterior se consideró que las actividades se estaban realizando fuera de zona compatible con minería y además sin instrumentos de manejo y control ambiental por lo que se procedió al cierre preventivo de la explotación

y solicitud e implementación del Plan de Mitigación Ambiental/Plan de Recuperación y Mitigación Ambiental (PMA/PMRA) (BOGOTÁ, 2015). Debido a este concepto y a la presión ejercida por la comunidad y los integrantes de la Mesa Ambiental, a la fecha, la cantera lleva más de un año inactiva y en espera de que se logre su cierre definitivo.

Durante el tiempo en que la mina estuvo abierta, y aún hoy en día, la población manifestó varias quejas en cuanto a su salud y su entorno. La mayoría debidas al paso de volquetas que subían a la mina y la gran cantidad de ruido y polvo que estas generaban a su paso, polvo originado tanto por el paso de los vehículos por calles sin pavimentar como por el material de carga (arena), provocando problemas respiratorios, especialmente en los más pequeños: “*Los pulmones. Mucha gripa. [...] Los niños mantenían muy enfermos. El tierrero era demasiado*” (Rosa, 34 años. Habitante del barrio Potosí); y de contaminación auditiva por la llegada de las volquetas a tempranas horas de la mañana:

*El ruido, desde las 3 de la mañana pasando las volquetas, dañando nuestras calles.* (Teresa, 68 años. Habitante del barrio Potosí).

*Todos los días a las 3:30, 4 de la mañana, afectaba mucho, llegaban pitando. Hasta cerraron la entrada que hay allí y llegaban a pitar.* (Pedro, 42 años. Habitante del barrio Potosí).

También, el daño evidente a la montaña y el componente ambiental que afectó, incluso, sus dinámicas de grupo:

*La montaña, pues, tan linda que era. Nosotros íbamos a pasear por allá y ¿ahora qué? No, ya no podemos ir por allá.* (Teresa, 68 años. Habitante del barrio Potosí).

*En un tiempo incluso también existía la quebrada, y allá íbamos a lavar. Era una caminata hasta*

*allá. Y todos con su bultico de ropa al hombro, iban allá, se hacía almuerzo, y por la tarde volver. Arriba también había un nacimiento de agua que era el que repartía el agua para acá. Se cogía el agua en tinas. Y también se secó. (Pedro, 42 años. Habitante del barrio Potosí).*

En cuanto a las oportunidades de empleo no se consiguió realizar ninguna entrevista a las personas que trabajaban en la mina ya que abandonaron el territorio luego del cierre de la misma. Sin embargo, los habitantes refieren que fueron muy pocos los que encontraron esta actividad como un medio de empleo, solo en contados casos eran llamados a un empleo ocasional o realizaban algunas ventas ambulantes en los alrededores.

Finalmente, la población habitante de este barrio ve a la minería como la causa de las distintas problemáticas:

*[...] el problema no eran las volquetas, no era el polvo, el problema estructural es la minería, que es la que genera todo el deambular de volquetas y todo eso. (Integrante de la Mesa Ambiental 'No le saque la piedra a la montaña')*

y están generando soluciones como la concientización de la comunidad con la Escuela Ambiental del sector y el trabajo desde el colegio Instituto Cerros del Sur, e incluso la propuesta de creación del Parque Metropolitano Cerro Seco, que proteja las montañas de la explotación y la expansión urbana hacia el sur de la ciudad.

## Discusión

Desde 1995, año en que fue otorgado el título minero en el sector de Potosí, los habitantes de la zona han vivido en las cercanías de la actividad extractiva al ser el barrio que se encuentra más próximo a ésta. Este tipo de minas dentro de la ciudad tienen una característica común: están ubicadas en zonas alejadas a barrios de estratos bajos, barrios que

bien ya se encontraban allí al momento de iniciar la actividad, o que se han ido construyendo alrededor de la misma. Igualmente, en barrios que se han formado, de manera ilegal, dentro de las canteras abandonadas. En el caso de Ciudad Bolívar, en los años cuarenta, los lotes eran comprados a muy bajo precio por personas que llegaban a la ciudad desde el campo desplazadas por la violencia y con los años se fue concentrando allí la población marginada. Con el progresivo crecimiento desordenado de la ciudad hacia el sur fueron surgiendo nuevos barrios que seguían manteniendo esta particularidad económica (BOGOTÁ, 2011B). Consecuentemente con este crecimiento poblacional la industria minera de los materiales de construcción fue en aumento, instaurándose en suelos clave por su composición y su cercanía a la ciudad (GUZMÁN CASTIBLANCO, 2015), con lo que se distribuirían los minerales de manera local.

Como se observó en la *tabla 1*, la población de esta localidad reúne las características de las zonas de marginación y pobreza de la ciudad. Estas características se han visto en diversas zonas de Sur América y ha conferido a estos sectores toda clase de vulnerabilidades como lo expresan Breilh y sus colegas en el siguiente fragmento:

*El proceso histórico que vivió el continente americano ha promovido un conjunto de vulnerabilidades e inequidades en la región e impuesto un enorme sufrimiento, principalmente a las sociedades de Centroamérica, el Caribe y América del Sur, donde se observa un crecimiento desordenado de las ciudades y una facilidad de instalación de industrias contaminantes, lo que promueve toda suerte de exclusiones, que se manifiestan en el aumento de la violencia, las amenazas a los ecosistemas y a la biodiversidad, la contaminación del suelo, el aire y las aguas, y la vulnerabilidad regional a los cambios climáticos. (BREILH ET AL., 2010, P. 23).*

Este escenario desemboca en una serie de situaciones que ponen en riesgo el entorno,

la salud y el mismo modo de vida de la población, como lo han denunciado reiteradamente los habitantes de Potosí en medios de comunicación (HERRERA DURÁN, 2015; APONTE, 2015).

De acuerdo a los indicadores presentados en los resultados del Hospital Vista Hermosa y el Observatorio de Salud Ambiental, las enfermedades respiratorias son comunes en este sector en individuos de todas las edades y constituyen un gran número de consultas a urgencias y consulta externa. La percepción de la comunidad concuerda con esta visión, haciendo énfasis en la afectación a los habitantes más jóvenes.

Ahora que la cantera lleva un año cerrada manifiestan mejoría en su percepción de salud y su vida comunitaria, pero siguen haciendo llamados a una fuerte regulación en cuanto a esta práctica. Aquí el papel de las entidades competentes es fundamental, pero insuficiente para atender estas problemáticas. Frente a esta visión la Contraloría de Bogotá formula una posición importante. Cuando se expidió el informe de auditoría a la SDA en 2013, se había ordenado el cierre de 11 industrias mineras, 7 años atrás, sin embargo, sin exitoso cumplimiento

Situación que se deriva de la falta de gestión y control por parte de la Secretaría Distrital de Ambiente, a las actividades mineras desarrolladas en el Distrito Capital, lo que trae como consecuencia que se sigan realizando actividades de explotación mineras en zonas no compatibles para desarrollar la minería y que además no se implementen las medidas de prevención, mitigación, corrección para la recuperación del terreno, lo que puede conllevar a que se afecte gravemente el ambiente y la salud de la población. (SALAMANCA, 2013, P. 6).

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (Pnuma) y la Cepal concuerdan en este punto, donde la debilidad normativa hacia esta industria es una de las razones que impide que se haga un buen uso de la misma, teniendo en cuenta

su crecimiento debido a la urbanización de la región, y reconocen los múltiples efectos ambientales y sociales al ser una actividad que se instaura en la periferia de las ciudades, donde se da uso final a los productos ya que es una industria predominantemente local. Esto hace que la actividad se torne más ‘cercana’ y deba ser de mayor control, exigencia y resistencia por parte de los pobladores (CEPAL, 2004; PNUMA, 2013).

Por esta ‘cercanía’ de la actividad y por la naturaleza de la misma, los efectos que produce son igualmente notorios. Se elimina la capa vegetal y con ella el hábitat de múltiples especies, como lo describe en párrafos anteriores el concepto técnico de la SDA, o se arboriza el territorio con especies que no son nativas, alterando el equilibrio del ecosistema; aumenta el material particulado contaminando aire y agua; se produce contaminación del aire por gases de las chimeneas y material particulado por la combustión en los hornos; contaminación auditiva por ruido de maquinaria, vehículos y explosiones, y destrucción de las vías por los mismos (CEPAL, 2004). Además, un impacto visual negativo muy importante (BOGOTÁ, 2010). Sumado a esto, desde los años 70, en América Latina los ingresos por explotación de recursos primarios han ido en disminución. Y en el caso particular de Bogotá se ha denunciado que la ciudad no ha recibido regalías por esta actividad, ni siquiera por parte de las grandes empresas, o si se venían pagando, en los últimos años dejaron de percibirse (HERRERA DURÁN, 2016; GUZMÁN CASTIBLANCO, 2015).

El suelo es un gran motivo de preocupación con el paso del tiempo y su explotación. Pierde casi en su totalidad la materia orgánica, se vuelve inestable, cambia sus propiedades físico-químicas, pierde su productividad e indirectamente contamina el aire y las fuentes de agua circundantes por la acumulación de materiales tóxicos en su substrato y por el proceso de erosión y desertificación que le sigue (BECERRIL ET AL., 2007).

En Colombia, varias regiones están en

proceso de desertificación debido a la disminución de la precipitación por el fenómeno del cambio climático que vemos en la actualidad, entre ellas las más afectadas serán la Andina y el litoral Caribe, zonas con la mayor demanda de suelos por la alta densidad poblacional. Por lo tanto, preocupa que se desarrollen proyectos mineros en estas regiones teniendo en cuenta lo anterior y considerando el impacto en el recurso hídrico ya que, aparte de la contaminación descrita, se utilizan grandes cantidades de este líquido en el proceso de obtención del material (SALAMANCA, 2013) y para mitigar la emisión del material particulado durante la extracción.

Todas estas preocupaciones anteriores son notables y la afectación del paisaje da cuenta de ello. La actividad en estos predios se realiza sin prever un uso futuro para el mismo y perjudica grandes extensiones de suelo dejándolas erosionadas y estériles. Estas zonas luego quedan excluidas de los planes de ordenamiento territorial y son ocupadas posteriormente por asentamientos informales los cuales quedan ubicados en zonas de alto riesgo al no realizarse una recuperación morfológica del espacio (GUZMÁN CASTIBLANCO, 2015). Esto hace parte de una percepción se extiende entre la comunidad del barrio Potosí, quienes han manifestado un cambio drástico en el paisaje desde que comenzó la explotación, dejándolos sin uno de sus principales sitios de actividad cultural y recreativa, ya que ahora el terreno está deteriorado y en manos de terceros, sumándose a esto la desaparición del río que pasaba por el sector (APONTE, 2015).

En este punto es importante mencionar los pasivos ambientales mineros (PAM), los cuales, a diferencia de otros países de la región, no están reglamentados como tal en Colombia, pero hacen referencia a

un área donde existe la necesidad de restauración, mitigación o compensación por un daño ambiental o impacto no gestionado, producido por actividades mineras inactivas

o abandonadas que pone en riesgo la salud, calidad de vida o bienes públicos o privados (ARANGO ARAMBURO, 2012),

definición que se usa en la mayor parte de Suramérica.

En teoría, las minas deben tener un proceso al momento de su cierre o en período de inactividad, pero esto en muchos casos no sucede y no se mitigan o reparan los daños ambientales dejando zonas contaminadas y riesgos de salud para la población (ARANGO ARAMBURO, 2012). Esto sucede no solo por debilidad normativa, sino por falta de compromiso ético, social y ambiental de los mismos explotadores de las minas (CEPAL, 2014; BOGOTÁ, 2011B).

Éstos PAM reúnen todos los componentes contaminantes, ambientales, paisajísticos, sociales y económicos que quedan después de la actividad minera. Sin embargo, se aclara que sólo aquellos impactos que generan un riesgo para la salud o el ambiente son considerados PAM, ya que posteriormente generarán una obligación económica debida a ese riesgo; son los mismos ‘sitios huérfanos’ o ‘deudas ambientales’ en otros países del mundo. En Colombia hay mecanismos para la reparación de estos pasivos, sin embargo, no hay un control y un seguimiento estricto por parte de los entes competentes (ARANGO ARAMBURO, 2012). Estos pasivos los terminan asumiendo, al menos en principio, las comunidades más vulnerables que están más próximas al escenario, constituyendo un claro ejemplo de injusticia ambiental (ARRIAGA LEGARDA; PARDO BUENDÍA, 2011).

Teniendo en cuenta todo lo enunciado hasta ahora, el proceso salud-enfermedad en esta población tendrá unas características y un desarrollo propios, ya que esta dinámica se produce a diferentes niveles (ambiental, social, económico, político) y sus problemas han sido explicados en un entorno particular (CASTELLANOS, 1990) dado por el medio ambiente en el que habitan, sus condiciones económicas bajas y la presencia de industria

extractiva escasamente regulada. Por lo tanto, la asociación que hace la comunidad entre las enfermedades respiratorias, el material emitido durante el transporte de los productos de la mina, la perturbación auditiva por los vehículos, la falta del lugar para actividad recreativa y el visible deterioro paisajístico que genera cierta perturbación emocional, da cuenta de este proceso salud-enfermedad y de otros similares que se pueden estar viviendo en otros barrios de la ciudad.

Si las industrias de minería de materiales de construcción están ubicadas en otras zonas marginadas de la ciudad, como se vio en la distribución por localidades, cabe pensar que las demás comunidades ubicadas en dichas zonas están viviendo una problemática similar, obedeciendo a un fenómeno de reproducción social y a unos procesos de determinación social que

no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad, no tienen especificidad etiológica, ni obedecen a una mecánica de dosis-respuesta. (ARELLANO; ESCUDERO; MORENO, 2008, P. 324)

pero que deben ser tenidos muy en cuenta al momento de pasar a la atención de la enfermedad y al crear estrategias de prevención, ya que

Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones. (SACCHI; HAUSBERGER; PEREYRA, 2007, P. 272)

Entonces, si la industria extractiva está causando o exacerbando estos escenarios, ¿cuál debe ser la solución? Es necesario plantearse la alternativa de una minería sustentable que no afecte o minimice sus efectos en el ambiente y, por consiguiente, en la salud, pero ¿es realmente posible? el

acelerado ritmo de la economía actual hace pensar que no.

El mercado no garantiza que la economía encaje en la ecología, ya que el mercado infravalora las necesidades futuras y no cuenta los perjuicios externos a las transacciones mercantiles. (ALIER, 2008, P. 13).

Hacia el otro extremo está entonces la desaparición de la actividad extractiva en la ciudad. Como se mencionó antes, la minería de materiales de construcción es una industria local, sus productos se distribuyen en las cercanías del sitio de extracción. Si Bogotá aún sigue creciendo, aparentemente sin planes para detener la expansión, con qué materiales se realizarán las construcciones y vías planeadas. Es necesario entonces replantear el modelo de ciudad y frenar la expansión de la capital en pro de mejorar las condiciones ambientales y de salud de los que habitan en ella, en tanto megaciudades como Bogotá son ya consideradas inviables tanto desde el punto de vista social como ambiental. Y si esta expansión es inevitable es absolutamente necesario encontrar alternativas de materiales que no pongan en riesgo el medio ambiente ni la salud.

## Conclusiones

El modelo de desarrollo actual global impone una serie de patrones que ponen en riesgo la supervivencia misma de la especie humana. La destrucción de incontables regiones del planeta a manos de los procesos de producción intensivos va en conjunto con la emergencia de serios conflictos socioambientales que ponen en evidencia la innegable relación del ambiente con las dinámicas socio-culturales y, en particular, con la salud.

Es necesario cuestionar, entonces, el modelo de ciudad de nuestra región y el modelo de desarrollo global, así como el mismo concepto de desarrollo. ¿Qué es para

nosotros el desarrollo, qué queremos con el desarrollo? ¿Estamos dispuestos a cambiar nuestro modo de vida y nuestros patrones de consumo para encaminarnos en una dirección diferente de un desarrollo ligado más al vivir saludablemente, visión que le apuesta a una relación de respeto y equilibrio entre la sociedad y la naturaleza?

Sin duda, los estrechos vínculos de determinación de la salud hacia las condiciones ambientales, tal como se evidencian en el caso del barrio Potosí, en la ciudad de Bogotá, demandan a las ciencias de la salud fortalecer el campo de conocimiento de la salud ambiental, para entender plenamente porqué se dan los cambios ambientales, cuáles son sus razones estructurales y cómo estos cambios afectan la salud de grupos poblacionales, para plantear estrategias de intervención de índole normativa, de política pública, de carácter ecológico y epidemiológico y de control ciudadano a partir de una amplia participación social.

Al ser el proceso salud-enfermedad una construcción que se desarrolla dentro de un contexto sociocultural determinado, fuertemente relacionado con el ambiente y el territorio donde se da, resulta necesario tratarlo y entenderlo como un proceso complejo en el que se deben buscar las causas de un padecimiento más allá del componente biológico. Este concepto es, o debería ser, indispensable

en el qué hacer del cuidado, protección y atención a la salud. Esto implica un fuerte compromiso social que, en últimas, es lo que caracteriza a la medicina y otras profesiones de la salud, pero además un cambio de paradigma y la apertura hacia el trabajo con otras disciplinas para lograr una intervención integral y efectiva, entendiendo que desde las profesiones de la salud se tiene la responsabilidad de ser garantes no sólo del bienestar, sino de calidad de vida para las poblaciones.

## Colaboradores

Ángela Marcela La Rotta Latorre: contribución substancial para la concepción, la planificación, para el análisis y la interpretación de los datos; participación de la aprobación de la versión final del manuscrito. Mauricio Hernando Torres Tovar: contribución significativa en la elaboración del rasguño y la revisión crítica del contenido; participación en la aprobación de la versión final del manuscrito.

## Agradecimientos

A los integrantes de la Mesa Ambiental 'No le saque la piedra a la montaña' y a la comunidad del barrio Potosí. ■



## Referencias

- ALIER, J. M. Conflictos ecológicos y justicia ambiental. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, Madrid, n. 103, p. 11-28, 2008.
- APONTE, A. La mina que le 'sacó la piedra' a una localidad en Bogotá. *Kienyke*, [online]. Disponible en: <<http://www.kienyke.com/historias/la-mina-que-le-saco-la-piedra-una-localidad-en-bogota/>>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- ARANGO ARAMBURO, M. Problemática de los pasivos ambientales mineros en Colombia. *Revista Gestión y Ambiente*, Bogotá, v. 15, n. 3, p. 125-133, 2012.
- ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; MORENO, L. D. C. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales sobre la salud, Alames. *Medicina Social*, Bronx, v. 3, n. 4, p. 323-335, 2008.
- ARRIAGA LEGARDA, A.; PARDO BUENDÍA, M. Justicia ambiental: el estado de la cuestión. *Revista internacional de sociología*, Madrid, v. 69, n. 3, p. 627-648, 2011.
- BECERRIL, J. M. *et al.* Especies nativas de suelos contaminados por metales: aspectos ecofisiológicos y su uso en fitorremediación. *Ecosistemas*, Madrid, v. 16, n. 2, p. 50-55, 2007.
- BOGOTÁ. Contraloría de Bogotá, DC. Secretaría Distrital de Ambiente. *Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral – modalidad especial: gestión en el control y seguimiento de las explotaciones mineras de Bogotá del periodo de junio de 2008 a diciembre 31 de 2012*. Bogotá: Secretaría Distrital, 2013a. Disponible en: <[http://www.contraloriabogota.gov.co/intranet/contenido/informes/AuditoriaGubernamental/H%C3%A1bitat%20y%20Ambiente/PAD\\_2013/Especial/AGEIME\\_SDA\\_MINERIA.pdf](http://www.contraloriabogota.gov.co/intranet/contenido/informes/AuditoriaGubernamental/H%C3%A1bitat%20y%20Ambiente/PAD_2013/Especial/AGEIME_SDA_MINERIA.pdf)>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- \_\_\_\_\_. Observatorio de Salud Ambiental. *Línea de aire, ruido y radiación electromagnética*: indicadores calidad del aire por localidad y para el distrito capital. Disponible en: <<http://biblioteca.saludcapital.gov.co/ambiental/index.shtml?s=j&v=4&p=21>>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- \_\_\_\_\_. Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes. *Plan local de cultura. Localidad de ciudad bolívar*. Bogotá: Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes, 2011a. Disponible en: <<http://www.bogota.gov.co/localidades/ciudad-bolivar>>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- \_\_\_\_\_. Secretaría Distrital de Ambiente. *Auto n° 01052: por el cual se inicia un procedimiento sancionatorio ambiental y se toman otras determinaciones*. Bogotá: Secretaría Distrital de Ambiente, 2015. Disponible en: <<http://190.27.245.106/BLA/resoluciones/AUTOS%202015/1052.pdf>>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- \_\_\_\_\_. Secretaría Distrital de Ambiente. *Plan ambiental local: localidad 19, ciudad bolívar - 2013-2016*. Bogotá, 2012. Disponible en: <<http://www.ambientebogota.gov.co/documents/10157/2883179/PAL+CBol%C3%ADvar+2013-2016.pdf>>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- \_\_\_\_\_. Secretaría Distrital de Planeación. *21 monografías de las localidades: diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. localidad #19 ciudad bolívar*. Bogotá, 2011b. Disponible en: <<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionEnLinea/InformacionDescargableUPZs/Localidad%2019%20Ciudad%20Bol%EDvar/Monografia/19%20Ciudad%20Bolivar%20monografia%202011.pdf>>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- \_\_\_\_\_. Secretaría de Salud. *Diagnóstico local de salud ciudad bolívar 2012*. Bogotá: Secretaría de Salud, 2013b. Disponible en: <[http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines\\_2013/diagnostico\\_local/Diagnostico\\_local\\_salud\\_CB\\_2012.pdf](http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines_2013/diagnostico_local/Diagnostico_local_salud_CB_2012.pdf)>. Acceso en: 14 marzo 2017.
- BREILH, A. *et al.* La transición hacia un desarrollo sostenible y la soberanía humana: realidades y perspectivas en la región de las Américas. In: GALVAO, L. A. C.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. (Ed.). *Determinantes*



*ambientales y sociales de la salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2010. p. 17-31.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). División de Recursos Naturales e Infraestructura. *Industria minera de los materiales de construcción: su sustentabilidad en América del sur*. Santiago: Cepal, 2004.

CASTELLANOS, P. M. Sobre el concepto de salud enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud*, Washington, DC, v. 10, n. 4, p. 1-7, 1990.

GUZMÁN CASTIBLANCO, H. I. *Cambios en el paisaje de ciudad bolívar por la explotación de canteras en el periodo 2000-2014*. 2014. 37 f. Trabajo de Conclusión de Curso (Especialista en Planeación Ambiental y Manejo Integral de los Recursos Naturales). Facultad de Ingeniería, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá. 2015.

HERRERA DURÁN, N. No le saque la piedra a la montaña. *El espectador*, [online], 7 feb. 2015. Disponible en: <<http://www.elespectador.com/noticias/bogota/no-le-saque-piedra-montana-articulo-542701>>. Acceso en: 14 marzo 2017.

INSUASTY RODRÍGUEZ, A.; GRISALES, D.; GUTIÉRREZ LEÓN, E. M. Conflictos asociados a la gran minería en Antioquia. *Ágora U.S.B*, Medellín, v. 13, n. 2, p. 279-539, 2013.

MCS EN CONTACTO. *Autostop: diario de un aventurero*. Disponible en: <<http://mcsencontactoprensa.blogspot.com.br/p/exploradores.html>>. Acceso en: 14 marzo 2017.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL MEDIO AMBIENTE (PNUMA). Oficina Regional para América Latina y el Caribe. *Tendencias del flujo de materiales y productividad de recursos en América Latina*. Panamá: Pnuma, 2013. Disponible en: <[http://www.pnuma.org/MFA\\_espanol%20low%20res.pdf](http://www.pnuma.org/MFA_espanol%20low%20res.pdf)>. Acceso en: 14 marzo 2016.

SACCHI, M.; HAUSBERGER, M.; PEREYRA, A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*, Lanús, v. 3, n. 3, p. 271-283, 2007.

SALAMANCA, L. J. G. (Coord.). *Minería en Colombia: fundamentos para superar el modelo extractivista*. Bogotá: Contraloría General de la República, 2013. Disponible en: <[http://lasillavacia.com/sites/default/files/mineropedia/mineria\\_en\\_colombia.pdf](http://lasillavacia.com/sites/default/files/mineropedia/mineria_en_colombia.pdf)>. Acceso en: 14 marzo 2013.

---

Recibido para publicación en agosto de 2016  
 Versión final en marzo de 2017  
 Conflicto de intereses: inexistente  
 Apoyo financiero: no hubo

# Por que morreu VMS? Sentinelas do desenvolvimento sob o enfoque socioambiental crítico da determinação social da saúde

*Why did VMS die? Sentinels of the de-velopment under the critical social environmental approach of the social determination of health*

Raquel Maria Rigotto<sup>1</sup>, Ada Cristina Pontes Aguiar<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Partiu-se do óbito de trabalhador em empresa transnacional por hepatopatia causada por agrotóxicos, para debater limites do paradigma biomédico que orienta as ações do Sistema Único de Saúde. Com base no enfoque socioambiental crítico e transformador, busca-se alargar a compreensão desta e de outras mortes de trabalhadores, ‘incluídos’ por meio do emprego precarizado e desigualmente protegidos pelas políticas públicas. Caracteriza-se, então, um processo de vulnerabilização mediado pelo Estado neoliberal e tensionam-se as bases teórico-metodológicas da saúde coletiva para avançar em uma perspectiva crítica e emancipatória, em diálogo com os saberes de outros sujeitos epistêmicos e políticos.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do trabalhador. Saúde e ambiente. Políticas públicas.

**ABSTRACT** *We start from a transnational company worker who died of liver disease caused by pesticides, to discuss limits of the biomedical paradigm that guides the actions of the Unified Health System. Based on the critical and transformative social environmental approach, we seek to expand the understanding of this and other deaths of workers ‘included’ through precarious jobs and unequally protected by public policies. It features a vulnerability process mediated by the neo-liberal state and its extractivist policies of development, and enhance the theoretical-methodological bases of public health to advance critical and emancipatory perspective, in dialogue with the knowledges of other epistemic and political subjects.*

**KEYWORDS** *Occupational health. Environment health. Public policies.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina - Fortaleza (CE), Brasil.  
raquelrigotto@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Cariri (UFCA), Faculdade de Medicina - Juazeiro do Norte (CE), Brasil.  
adacristinapa@gmail.com

## Introdução

VMS era um jovem trabalhador agrícola, que, durante os últimos três anos de sua vida, trabalhou na empresa de fruticultura Del Monte Fresh Produce Brasil Ltda., situada no Baixo Vale do rio Jaguaribe (municípios de Limoeiro do Norte e Quixeré), no Ceará. Ele desenvolveu uma doença hepática que o levou ao óbito aos 31 anos de idade. O laudo emitido por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) apontou a ‘hepatopatia grave de provável etiologia induzida por substâncias tóxicas’ – agrotóxicos, no caso – como a causa *mortis* (RIGOTTO; LIMA, 2010).

O nexos do agravo com o trabalho foi reconhecido pelo Tribunal Regional do Trabalho no Ceará, obrigando a empresa ao pagamento de danos materiais e morais<sup>1</sup>. Bochner (2015) toma esse caso como um ‘evento sentinela’ e, a partir dele, propõe:

[...] um novo modelo de vigilância e captação de dados, a fim de incentivar e instrumentalizar as vigilâncias dos municípios a atuar na fiscalização das condições de trabalho e, se possível, realizar busca ativa de casos de intoxicação crônica por agrotóxicos. (BOCHNER, 2015, P. 10).

Por concordar com Bochner que o óbito de VMS é um evento sentinela que demanda e orienta o desencadeamento de ações preventivas relevantes para um amplo conjunto de pessoas expostas aos agrotóxicos, objetiva-se, neste texto, aprofundar a leitura desse evento, no intuito de alargar a compreensão dos diferentes elementos envolvidos na produção social dessa (e de outras) morte e de instigar o debate sobre as políticas públicas responsáveis por garantir o papel constitucional do Estado na proteção da saúde.

Adotou-se, como referencial teórico, o enfoque socioambiental crítico e transformador da determinação social da saúde (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014), que se baseia na teoria da

determinação social do processo saúde-doença, construída a partir da medicina social latino-americana, nos anos 1970, sobre

os marcos do materialismo histórico, adotando categorias de análise como reprodução social, classe social, ideologia, produção econômica, cultura, etnia e gênero. (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014, P. 4072).

Ao mesmo tempo, o enfoque proposto reconhece novos elementos contemporâneos dos contextos histórico, econômico, político e social que tensionam as bases teórico-metodológicas da saúde coletiva: considera especialmente a magnitude e gravidade da crise socioambiental desencadeada pela:

[...] globalização e o crescimento do neoextrativismo na periferia global, [que] intensificam a demanda por novos territórios e recursos naturais à economia, resultando em significativos impactos sobre os ecossistemas e a vida das populações vulnerabilizadas. (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014, P. 4071).

Busca, então, aportes em diferentes campos do conhecimento e experiências:

– A ‘Ecologia Política’ que, ao estudar os conflitos ecológicos distributivos (MARTINEZ-ALIER, 2007) ou conflitos ambientais, lança luz sobre as desigualdades e injustiças ambientais (COLETIVO BRASILEIRO DE PESQUISADORES SOBRE A DESIGUALDADE AMBIENTAL, 2013) produzidas pela assimetria de poder político entre os agentes econômicos e os povos afetados nos processos de disputa pela terra e suas riquezas e consignadas na expansão agrícola, minerária e nas obras de infraestrutura sobre seus espaços de vida e reprodução social.

– A ‘Geografia Política e da Saúde’, que oferece novas possibilidades de ampliar a compreensão da relação (de poder) das sociedades humanas com o espaço e os

<sup>1</sup> Processo nº AP-0128500-74.2009.5.07.0026, movido pela viúva do trabalhador, com apoio da Rede Nacional de Advogados e Advogadas Populares (Renap) (Dr. Cláudio da Silva Filho e Dra. Patrícia de Oliveira Gomes).

ecossistemas, por meio de conceitos como território, territorialidades, (des)territorialização (HAESBAERT, 1997), entre outros, permitindo avaliar melhor as consequências da imposição da lógica capitalista – com seus tempos, racionalidades e riscos tecnológicos relacionados com os processos produtivos – sobre os modos de vida de comunidades tradicionais, povos indígenas, negros e camponeses, entre outros, definidos a partir de seus ecossistemas e culturas.

– O campo da ‘Sociologia’ traz noções como espaço social e *habitus* (BOURDIEU, 2007), que abrem horizontes para integrar às análises a dimensão simbólica e cultural dos conflitos ambientais e as possibilidades de agência dos afetados, superando a perspectiva economicista e o

fosso existente entre o plano macroestrutural e coletivo, e as condições e potencialidades dos sujeitos em planos mais pessoais e comunitários. (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014, P. 4073).

– As ‘Teorias Descoloniais’, que denunciam a perversa persistência da colonialidade de ser, do saber e do poder – mesmo após a independência política dos povos da América Latina, África e Ásia – e suas articulações com o padrão mundial da dominação capitalista e racista, ao tempo que reclamam o reconhecimento da rica diversidade cultural desses povos, a valorização de seus saberes e conhecimentos e de sua condição de sujeitos epistêmicos por meio de uma ecologia de saberes (SANTOS; MENESES, 2010).

Assim, o enfoque socioambiental crítico e transformador se insere em uma epistemologia política de natureza pluriepistêmica (PORTO, 2011) e assinala a necessidade de ir além dos paradigmas biomédico e epidemiológico, para integrar “questões de saúde e ambiente aos direitos humanos, territoriais e sociais” (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014, P. 4075).

Ao adotar essa perspectiva, será

percorrido, neste texto, o evento sentinela da morte do trabalhador VMS desde a abordagem da clínica até o contexto social, econômico e político em que ele acontece. Na primeira parte, será apresentado o caso clínico, o qual será discutido em diálogo com as políticas públicas de saúde em vigor. Na segunda parte, será ampliado o leque de leitura dos alertas que o caso de VMS traz, se analisado no contexto mais amplo de sua determinação social.

## Para estabelecer o nexo entre o agravo e a ocupação

O caso de VMS foi conhecido não por meio dos serviços de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da vigilância epidemiológica ou dos sistemas de informação sobre agravos à saúde<sup>2</sup>, mas de um militante inserido no movimento sindical dos servidores públicos do município de Limoeiro do Norte. Vizinho de VMS, sabedor de seu trabalho e atento aos debates públicos sobre os impactos dos agrotóxicos sobre a saúde, o militante considerou suspeito o diagnóstico de hepatite viral realizado pela empresa e procurou a equipe da UFC que desenvolve pesquisas na região – em uma atitude que abre espaço para considerar o papel dos sujeitos locais na vigilância da saúde (ALVES, 2013).

A metodologia de investigação do caso envolveu:

– Estudo da história clínica a partir dos prontuários das internações hospitalares de VMS (Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ e Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC, da Universidade Federal do Ceará), disponibilizados pela viúva de VMS;

– Estudo da história ocupacional de VMS a partir de anamnese realizada com colega de trabalho que exercia a mesma função e no mesmo período em que VMS trabalhou

<sup>2</sup> “Ao buscar esse óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)23, verifica-se que ele se encontra registrado em 2008, Declaração de Óbito número 12.223.395, na qual consta como causa básica Insuficiência Hepática Aguda e Subaguda (K72.0) e como causas relacionadas Insuficiência Renal Aguda não Especificada (N17.9) e Hematêmese (K92.0). [...] Nada se pode afirmar sobre a circunstância do evento, uma vez que as variáveis ‘circunstância do óbito’ e ‘acidente de trabalho’ não foram preenchidas. Chama a atenção o fato de que, entre as causas apresentadas, os agrotóxicos não foram sequer mencionados” (BOCHNER, 2015, P. 3).

na empresa. A história ocupacional constou de informações sobre o processo de produção, a função exercida pelo paciente, as condições e organização do trabalho, a exposição a riscos à saúde e as medidas preventivas existentes. A entrevista foi gravada, com duração de aproximadamente 2 horas, e foi facilitada pela apresentação de fotografias realizadas pela equipe de pesquisa durante visita para estudo do processo de trabalho e seus riscos na empresa anteriormente ao óbito;

– Estudo bibliográfico sobre a toxicologia dos ingredientes ativos de agrotóxicos e fertilizantes químicos utilizados na empresa, com base nos dados disponíveis no Estudo de Impacto Ambiental da empresa e os colhidos em campo pelo grupo de pesquisa e com auxílio de especialistas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

– Análise de dados epidemiológicos relativos à saúde dos trabalhadores na empresa com base na pesquisa de Alexandre (2009).

## História clínica

VMS era um paciente do sexo masculino, 31 anos, previamente hígido, negava o uso de medicamentos de rotina, tabagismo, etilismo e o contato com drogas ilícitas. Após três anos de trabalho no almoxarifado químico de empresa do ramo da fruticultura irrigada, evoluiu com a agudização de um provável diagnóstico de hepatopatia crônica, apresentando os seguintes sinais e sintomas: icterícia, astenia, anorexia, cefaleia, febre acima de 38°C, vômitos pós-prandiais amarelados, colúria, acolia fecal, perda de aproximadamente 10 Kg em um mês, prurido intenso em todo o corpo, episódios de epistaxe, empaçamento e pirose.

Após internamento no HSJ, foram

descartadas as etiologias infecciosas para explicar o quadro. O paciente foi então transferido para o HUWC, com o intuito de dar prosseguimento à investigação. Durante período em que esteve nesse serviço, houve agravamento do quadro de insuficiência hepática, evoluindo para encefalopatia hepática, culminando com uma síndrome hepatorenal, distúrbios de coagulação, hemorragia digestiva alta (apresentava varizes esofágicas de médio calibre), choque hipovolêmico e óbito.

## História ocupacional

O paciente era agricultor e trabalhou por 3 anos e 6 meses na Del Monte Fresh Produce Brasil Ltda., produtora de abacaxi para exportação, tendo apontada em sua Carteira de Trabalho e Previdência Social a função de Trabalhador Rural. Foi lotado no almoxarifado químico, onde permaneceu até o afastamento devido à doença que o levou ao óbito.

Esse almoxarifado químico consistia em galpão coberto, fechado lateralmente por paredes de alvenaria ou por telas metálicas. Parte dele destinava-se ao armazenamento dos fertilizantes e agrotóxicos que a empresa utilizava, e outra parte era destinada ao setor de mistura, onde eram preparadas as caldas tóxicas.

O fluxograma da produção nesse galpão partia de uma guia que orientava os produtos a serem utilizados na preparação das caldas tóxicas, bem como a quantidade de cada um. O responsável fazia a conferência e a liberação dos produtos, que então eram separados e transportados ao setor de mistura. Lá os componentes eram adicionados em tambores, misturados e, através de mangueiras, abasteciam o *nursey* – depósito que acompanha o trator em *spray-boom* para realizar a pulverização em campo (*figura 1*).

Figura 1. Trator *spray boom* e *nursey* pulverizando o cultivo de abacaxi



Fonte: Acervo de pesquisa.

A tarefa do trabalhador consistia em atender às requisições de fertilizantes e agrotóxicos. Ele separava os produtos, de acordo com a especificação e a quantidade indicadas na guia, para repassá-los ao setor de mistura. Os produtos manipulados se apresentavam nas formas líquida, gasosa ou em pó. Os líquidos eram retirados de bombonas equipadas com torneiras; os sólidos eram pesados; e o gás estava armazenado em cilindros, que eram atrelados em trator. Fazia ainda parte

de sua tarefa guardar no estoque o restante do produto cuja embalagem fora aberta e não totalmente utilizada, assim como receber devolução de produtos liberados e não utilizados. O exercício de sua tarefa exigia o trânsito através do galpão, passando inclusive pelo setor de mistura, onde a contaminação do ar era maior. Entretanto, na avaliação do colega de trabalho entrevistado, todo o galpão apresentava contaminação, tendo em vista as divisórias em telas metálicas.



Figura 2. Tarefa de dosagem de fertilizantes e agrotóxicos, análogas às realizadas pelo trabalhador em estudo



Fonte: Acervo de pesquisa.

Os ingredientes ativos de agrotóxicos utilizados e citados pela empresa, de acordo com o Estudo de Impacto Ambiental (EIA), são: Herbicidas – Bromacil e Diuron; Inseticidas: Carbaryl, Beta-Cyflithrin, Bacillus Thuringiensis, Imidacloprid; Fungicidas: Triadimefon, Thiabendazole, Tebuconazole, Fosetyl; Desfoliante: Ethephon. Sabe-se, entretanto, que a prescrição de ingredientes ativos nesses processos produtivos é bastante dinâmica, respondendo ao surgimento de novas pragas ou novos ingredientes ativos, ao desenvolvimento de resistência, preços e disponibilidade no mercado, entre outros. Há informes dos trabalhadores de que, além dessas, a empresa utilizava outras substâncias que, por restrições no comércio internacional, não foram informadas no EIA. Pode-se estimar que, a cada noite, eram preparados cerca de 15 tanques de calda tóxica, cada um contendo 5.680 litros, totalizando 85.200 litros.

Sua jornada de trabalho era de 8 horas diárias, de segunda a sábado, sempre no

período noturno. Entretanto, era praticamente a regra trabalhar pelo menos mais 2 horas extras diárias, totalizando 10 horas de trabalho por dia e 60 horas semanais. No início de seu trabalho na empresa, essa jornada pode ter sido maior:

*Logo no início, quando a gente começou a gente trabalhava mais do que 11 horas, tinha dias que a gente entrava na fazenda 5 horas da tarde, às vezes nós saía da fazenda era 7 horas da manhã. (Colega de trabalho informante).*

A empresa fornecia Equipamentos de Proteção Individual (EPI) com regularidade, embora houvesse algum trâmite burocrático mais lento para o acesso aos mesmos pelos trabalhadores noturnos.

*Mas ele [VMS] nunca deixou de trabalhar com máscara, ele nunca deixou de trabalhar com EPI, nunca! Era um cara que todo mundo se admirou dele, porque era um cara que sempre se preveniu. Outra coisa, se ele fosse jantar ou se ele fosse*



*fazer um lanche, lavava as mãos, era tudo bem direitinho, aquilo ali dele certo.* (Colega de trabalho informante).

A rotina estabelecida pela empresa para a troca de filtros das máscaras respiratórias, de filtro químico, era mensal, independentemente da exposição: *“a gente percebia o filtro todo preto por dentro, principalmente quem trabalha fazendo mistura”* (colega de trabalho informante).

Os exames médicos eram realizados periodicamente, constando de exame clínico sumário que, segundo o informante, *“não levava nem um minuto”*, e dosagem semestral da atividade da acetilcolinesterase e de plaquetas. Ainda de acordo com o colega de trabalho:

*Eles não te dão nem a cópia [dos resultados dos exames] né, pelo menos uma guiazinha! Eu falo: rapaz... porque eles não dão um parecer pra gente, aí eles dizem ‘é ordem da empresa, a empresa não pode dar nada aqui não’.* (Colega de trabalho informante).

## Discussão do caso clínico: o nexó entre o agravo e a exposição ocupacional

Embora um grande número de produtos químicos industrializados seja reconhecido como hepatotóxicos, doença hepática por exposição ocupacional a eles é raramente suspeitada e diagnosticada (MALAGUARNERA ET AL., 2012).

A consulta às monografias sobre os ingredientes ativos com os quais o trabalhador teve contato direto, depositadas na Anvisa – Ministério da Saúde, evidenciou que há descrição de hepatotoxicidade para a maior parte deles. Os danos hepáticos são classificados como agudos e/ou crônicos. Entre as alterações agudas, e os respectivos ingredientes ativos relativos a elas, pode-se citar:

hepatomegalia (Diuron), indução de enzimas cromossomiais hepáticas (Deltamethrin), alteração da função hepática (Deltamethrin e *Bacillus thuringiensis*), colestase e danos no parênquima hepático (Thiabendazole), congestionamento e edema hepático (Imidacloprid). Os efeitos crônicos reconhecidos são: hipertrofia dos hepatócitos (Deltamethrin, Triadimefon), hiperplasia hepática, formação de tumores benignos e malignos (Deltamethrin); congestão e hepatomegalia (Bromacil); possível carcinogenicidade, carcinoma e adenoma hepatocelular (Tebuconazole); aumento do peso hepático (Thiabendazole, Triadimefon), adenoma (Triadimefon).

No caso em análise, as sorologias para hepatites B e C não revelaram hepatites virais. Outras etiologias que entrariam no diagnóstico diferencial seriam: doença biliar, alcoolismo e esteatose hepática não alcoólica (NASH). O Ultrassom abdominal não mostrou lesões sugestivas de doença biliar e de NASH. Hepatite alcoólica fica prontamente descartada dos diagnósticos diferenciais, pois o paciente não apresentava exposição ao álcool.

A hipótese de hepatite autoimune era plausível, mas, de acordo com os critérios internacionais de hepatite autoimune (ALVAREZ ET AL., 1999), o paciente não atingiu sequer 10 pontos nesse escore, afastando também essa hipótese diagnóstica. O diagnóstico de colangite esclerosante também pode ser descartado, pois a ultrassonografia realizada não mostrou alterações das vias biliares. Além disso, os autoanticorpos relacionados com a colangite esclerosante, pANCA, apresentaram resultados negativos, e as enzimas canaliculares não mostraram alterações compatíveis.

A apresentação clínica da doença hepática ocupacional pode ser aguda, subaguda ou crônica, mas é frequentemente insidiosa. Sinais e sintomas de hepatite tóxica incluem: icterícia, prurido, dor subcostal direita, fadiga, anorexia, náuseas, vômitos, *rash*, perda de peso e colúria. Na forma aguda da

doença, o quadro clínico é muito semelhante à hepatite viral com rápida deterioração clínica, causada por disfunção hepática grave, encefalopatia e coagulopatia (MALAGUARNERA ET AL., 2012). Essa descrição em tudo se identifica com o caso aqui relatado.

Três critérios devem ser observados para o diagnóstico de hepatite tóxica ocupacional: 1) o dano hepático deve ocorrer após a exposição ao agente químico, portanto a história ocupacional do paciente é necessária; 2) as enzimas hepáticas devem, no mínimo, dobrar o limite superior da normalidade e 3) outras causas de doença hepática devem ser excluídas (MALAGUARNERA ET AL., 2012). Esse paciente preenche todos os critérios mencionados.

Estudos na mesma localidade de onde o paciente procedia já haviam mostrado alterações nas enzimas hepáticas na população trabalhadora da mesma empresa (ALEXANDRE, 2009). No presente relato, esse paciente apresentava elevação de todas as provas de função hepática.

Outros trabalhos já haviam demonstrado elevações enzimáticas do fígado com exposição a agrotóxicos. Na avaliação da incidência de suicídios e sua relação com agrotóxicos no município de Luz, Minas Gerais, Meyer e Resende (2007) entrevistaram 50 moradores, dos quais 98% referiam uso regular de agrotóxicos. A dosagem de transaminases apresentou elevação em 33,33%, sendo a maior parte acima de 20% dos valores de normalidade.

Em estudo de caso de um agricultor de 75 anos com história de exposição ocupacional a herbicida e sem história de uso de álcool, drogas de abuso ou medicamentos, Elefsiniotis *et al.* (2007) encontraram aumento de enzimas celulares, transaminases e canaliculares, GGT e FA, sem a presença de marcadores para hepatites virais (A, B, C, Epstein Barr, citomegalovírus, herpes simples e herpes zoster). Ao exame histopatológico do mesmo trabalhador, foi observado colestase e toxicidade hepatocelular do fígado, compatível com hepatotoxicidade induzida por drogas. Peiró (2007), em relato de caso de

agricultor exposto a herbicida paraquat e diquat com queixa de dor abdominal e hepatomegalia ao exame físico, destaca a mesma correlação de aumento de enzimas hepáticas celulares e canaliculares com colestase intra-hepática em duas biópsias, sem sinais de injúria por álcool e sem a presença de autoanticorpo ou anticorpos para hepatite A, B e C.

A Organização Pan-Americana de Saúde (1996) destaca, entre as várias manifestações crônicas relacionadas com os agrotóxicos, as lesões hepáticas com alterações das transaminases e da fosfatase alcalina. Em análise do estado de saúde de agricultores que trabalhavam em cultivo de algodão, Jonnalagadda *et al.* (2010) avaliam 300 trabalhadores que usavam pesticidas organofosforados e 300 indivíduos como caso controle, com base em parâmetros bioquímicos (alanino aminotransferase/transaminase glutâmico-pirúvica – ALT/TGP e aspartato aminotransferase/transaminase glutâmico-oxalacética – AST/TGO). Na dosagem de AST, houve aumento significativo dos níveis no grupo dos expostos em relação aos não expostos, embora essas variações estivessem pouco acima dos valores normais. Na dosagem de ALT, os resultados não foram significativamente diferentes entre os grupos.

## Da clínica à saúde pública

No aparato jurídico-institucional que vem sendo instituído a partir da Reforma Sanitária, o caso de VMS deveria, formalmente, seguir o seguinte fluxo: Diagnóstico da doença do trabalho → tratamento, informação do paciente e notificação do caso → vigilância Epidemiológica/ vigilância da Saúde dos Trabalhadores/ vigilância da Saúde Ambiental.

Como evidenciam diversos estudos (RIGOTTO; AGUIAR, 2015; PONTES, 2012; DIAS; HOEFFEL, 2005), sua realização, entretanto, tem sido limitada por uma série de dificuldades, algumas delas brevemente apontadas a seguir:

## Diagnóstico da doença do trabalho

Processos de territorialização na Atenção Básica à Saúde e na Estratégia Saúde da Família (ABS/ESF) pouco consideram os processos produtivos em curso no território, as transformações e os riscos ocupacionais e ambientais que geram, bem como a inserção dos moradores e moradoras no mundo do trabalho, comprometendo a identificação das reais necessidades de saúde da população;

Os programas verticais direcionam a organização da atenção segundo os ciclos de vida e patologias prevalentes, nos quais os agravos relacionados com o trabalho são subdiagnosticados, subnotificados e, portanto, pouco considerados;

A semiologia médica e as ações de assistência raramente levam em conta as relações saúde-trabalho-ambiente, por limitações na formação dos profissionais de saúde, tanto nas universidades como nas capacitações oferecidas aos serviços;

A pressão exercida pelas empresas sobre os profissionais dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho nas empresas (SESMT) e também do SUS, para que não estabeleçam o nexo entre o adoecimento e os riscos no trabalho, diante de contextos perversos de precarização das relações de trabalho e de violência no campo;

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por sua localização, seja pelo horário de atendimento incompatível com a jornada de trabalho, ou mesmo a baixa expectativa com a resolutividade do serviço, que desestimulam os trabalhadores e trabalhadoras a procurarem atenção;

A avaliação da exposição aos agrotóxicos é complexa, tendo em vista o elevado número de Ingredientes Ativos (IA) autorizados no País (534) – com toxicidades distintas; a diversidade de formulações comerciais disponíveis (mais de 2 mil); o escasso conhecimento científico disponível sobre a interação entre os diferentes IAs – já que a maioria das exposições são múltiplas; a diversidade de fontes de

exposição – alimentar, ocupacional, ambiental etc. (FRIEDRICH, 2013); a ausência de registro de dados sobre a exposição de cada pessoa ao longo da vida; os limites das informações disponíveis sobre o uso de agrotóxicos nos territórios – à exceção de alguns estados que fizeram legislação específica, já que os dados públicos disponíveis são fornecidos diretamente pelas empresas fabricantes de agrotóxicos e não informam sobre o consumo (volume e IAs) por municípios, distritos ou localidades;

A clínica médica, marcada pelo paradigma mecanicista de ciência – positivista, linear, fragmentário, entre outros –, encontra dificuldades para analisar complexamente a etiologia dos agravos e estabelecer nexos com a exposição a riscos ocupacionais e ambientais, colocando-se na dependência de análises toxicológicas que confirmariam o diagnóstico – estas, por sua vez, ainda pouco estruturadas no sistema.

## Notificação do caso

Os serviços de saúde são pressionados por demanda frequentemente superior ao que possibilita o dimensionamento da equipe, gerando sobrecargas que comprometem a qualidade do atendimento e que comprimem o tempo que seria dedicado aos procedimentos de notificação, bem como a qualidade de seu preenchimento;

As relações contratuais de trabalho dos profissionais de saúde resultam em rotatividade, a qual compromete a eficácia das capacitações promovidas pelo sistema de saúde;

As relações do poder local com os serviços, fortalecidas pela descentralização do SUS, podem impor limites aos profissionais para o estabelecimento do nexo entre o agravo e o trabalho ou a contaminação ambiental, que ‘incriminaria’ empresas, nas quais, inclusive, algumas vezes, os próprios profissionais do SUS também trabalham;

Os profissionais consideram que não percebem os retornos que deveriam ser gerados pela realização das notificações aos serviços e, assim, desmotivam-se a seguir notificando.

## Vigilâncias Epidemiológica, da Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras e da Saúde Ambiental

Os profissionais da vigilância no SUS, de modo geral, precisam enfrentar diversas dificuldades para acessar as empresas, ambientes de trabalho e trabalhadores(as), desde os meios de deslocamento até a 'permissão' das empresas para o acesso; também não estão articulados aos SESMT das empresas, que funcionam de forma autonomizada;

As ações de vigilância, especialmente da Saúde dos(as) Trabalhadores(as) e da Saúde Ambiental, demandam conhecimentos técnicos amplos e diversificados, de acordo com o ramo de atividades dos empreendimentos, exigindo a constituição de equipes multiprofissionais e independentes, em processo de educação permanente e territorializada;

As ações de vigilância supõem também uma infraestrutura técnica de apoio, regionalizada, principalmente para a realização de análises toxicológicas e de contaminação ambiental, a qual não está ainda suficientemente estruturada no País, tanto quantitativa como qualitativamente;

As ações de vigilância são ainda limitadas pelo reduzido poder jurídico-institucional do SUS para incidir sobre as empresas e efetivamente exigir modificações das condições de trabalho ou das práticas ambientais dessas organizações privadas e pela influência de políticos sobre a gestão e os profissionais;

A possibilidade de articulação intersetorial para potencializar as ações das diferentes instituições afetas à saúde ambiental e dos(as) trabalhadores(as), via de regra, ainda permanece como desafio a ser enfrentado;

O arcabouço jurídico-institucional que dá sustentação às ações de vigilância traz as marcas do paradigma do uso seguro de agrotóxicos (ABREU, 2014), baseando-se em Valores Máximos Residuais (VMR) ou Limites de Tolerância (LT) e concentrando a prevenção no uso de EPI, os quais não protegem efetivamente a saúde.

Esta breve análise, que não pretende ser exaustiva, já permite identificar os limites do paradigma biomédico e epidemiológico que orienta o desenho das ações de saúde no SUS. Isso não significa que elas não sejam necessárias ou que não devam ser aperfeiçoadas, superando os constrangimentos em suas práticas, pelo contrário, este é um esforço necessário no qual muitos(as) estão envolvidos(as).

Ao levar em conta, todavia, que o Brasil coloca-se como o maior consumidor mundial de agrotóxicos desde 2008, que esse uso intensivo vem sendo expandido pelos mais recônditos territórios do País e vem sendo estimulado pela propaganda, pela assistência técnica pública, pelo campo científico e de formação dos profissionais de ciências agrárias, entre outros elementos, torna-se clara a imensa desproporção entre, de um lado, a geração e a difusão do risco, ampliando veloz e enormemente a população exposta e a intensidade da exposição aos agrotóxicos, e, de outro, as possibilidades de resposta do sistema de saúde, ainda que se consiga superar as dificuldades já identificadas.

No intuito de contribuir para o enfrentamento desse vultoso desafio, reúnem-se, no item seguinte, alguns elementos trazidos pelo enfoque socioambiental crítico e transformador à análise do problema.

## A morte de VMS em seu contexto: sentinelas do desenvolvimento

### O modelo de desenvolvimento agrícola no semiárido

Quando VMS completava 10 anos de idade, o então Departamento Nacional de Obras e Saneamento (DNOS) estava iniciando a desapropriação de 13.229,20 hectares na Chapada do Apodi, nos municípios de Limoeiro do Norte e Quixeré, para a implantação do

Perímetro Irrigado Jaguaribe-Apodi (Pija) (entre outros 38 no semiárido nordestino). Essa política tinha como objetivos introduzir um novo modelo de produção agrária nessa região, via modernização da agricultura e incentivo a culturas agrícolas de maior rentabilidade, com destaque para a fruticultura irrigada, ao tempo que visava minimizar os conflitos agrários, desviando o debate da reforma agrária para os projetos de irrigação. Das 320 famílias agricultoras desapropriadas para a implantação do Pija, apenas 19% conseguiram seguir produzindo no perímetro, ao contrário das expectativas geradas (FREITAS, 2010). Inicia-se então um profundo processo de desterritorialização, mediado pela expropriação da terra e de menor acesso à água, que alterou as formas de organização econômica e social das comunidades, incidiu sobre sua segurança alimentar e gerou um contingente de trabalhadores até então autônomos. Segundo Teixeira (2011, p. 490):

O trabalhador que tem seu trabalho precarizado nas empresas do agronegócio é o mesmo camponês que foi expulso do campo alguns anos antes para a elas dar espaço e é também quem, ao chegar em casa, ingere água contaminada com agrotóxicos.

Em boa parte, corporações transnacionais voltadas à exportação, tais empresas desenvolvem modelos produtivos baseados no monocultivo por meio da mecanização e do uso intensivo de fertilizantes químicos e agrotóxicos – aplicados inclusive por pulverização aérea. Disso resulta ampla contaminação dos compartimentos ambientais, dos(as) trabalhadores e trabalhadoras e moradores(as) do entorno. Avaliação realizada pelo órgão estadual de gestão de recursos hídricos encontrou 60% das amostras de água do Aquífero Jandaíra contaminadas (COGERH, 2009), chegando essa proporção a 100% no estudo realizado pela UFC, em que foram identificados 3 a 10 ingredientes ativos de agrotóxicos em cada amostra (MARINHO, 2010).

Estudo epidemiológico entre trabalhadores agrícolas da região (n=545) demonstrou que 30,7% deles apresentavam quadro de provável intoxicação aguda por agrotóxicos. Para além disso, 23,1% do total de trabalhadores relataram três ou mais sintomas de efeitos agudos em pele e mucosas (provável intoxicação aguda); 29% apresentaram alterações hematológicas e 5 –19%, como VMS – apresentaram alterações hepáticas (MACIEL; RIGOTTO; ALVES, 2011). Na empresa em que trabalhou VMS, 48,0% dos trabalhadores examinados apresentaram alterações laboratoriais das provas hepáticas (TGO, TGP, Gama GT, FA, bilirrubinas) (ALEXANDRE; RIGOTTO; PESSOA, 2011). Em relação às neoplasias, Rigotto *et al.* (2013), ao realizarem uma análise dos dados secundários referentes a esse agravo, evidenciaram um aumento de 38% na taxa de mortalidade por câncer nos municípios de Limoeiro do Norte, Quixeré e Russas, em comparação com outros 12 municípios em que predomina a agricultura familiar, nos quais não há uma utilização intensiva de agrotóxicos como nos primeiros.

Estudo conduzido por Ferreira Filho (2013) na mesma região demonstrou alterações cromossômicas em células da medula óssea em 25% do grupo de trabalhadores expostos a agrotóxicos utilizados no cultivo da banana: aneuploidias; deleções dos cromossomos 5, 7 e 11; monossomia; amplificação do gene TP53 –, anormalidades semelhantes às encontradas nas síndromes mielodisplásicas e nas leucemias mieloides agudas, e importantes para o prognóstico de doenças malignas. Estudando o câncer infantojuvenil no Ceará, Barbosa (2016) identificou que, no período de 2000 a 2011, foram registrados 3.274 casos e 2.080 óbitos em menores de 19 anos, sendo que a tendência temporal das taxas de mortalidade para câncer em Camocim/Acaraú, Baixo Jaguaribe e Cariri apresentaram aumento na média anual. Na correlação espacial dos casos de câncer com os polos de irrigação, as maiores concentrações de



casos estão nas microrregiões onde estão instalados os polos de irrigação, tendo sido verificado nos relatos de casos de crianças e adolescentes do Baixo Jaguaribe que o fator de risco para câncer mais presente foi o de exposição a agrotóxicos.

Apesar de todos esses impactos, ao invés de serem sobretaxados como o cigarro e as bebidas alcoólicas, os agrotóxicos contam com isenção fiscal de 100% dos impostos no Ceará (Decreto nº 24.569/1997) – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias (ICMS), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep) –, a exemplo do que ocorre em outros estados do Brasil (TEIXEIRA, 2011). Conformam-se então uma política pública de desenvolvimento agrícola que promove, legítima, financia e apoia um modelo que incide negativamente sobre os determinantes da saúde, ao retirar das famílias camponesas o acesso aos bens naturais que provêm sua existência, reorganizar a produção e o trabalho introduzindo riscos de elevado impacto sobre a saúde pública, especialmente desse segmento social. Sem uma avaliação adequada das consequências desse modelo, sua expansão em mais 193.137 hectares está sendo promovida pelo Plano Plurianual 2012-2015 e pela Política Nacional de Irrigação (Lei nº 12.787/2013), a qual aponta o aumento da produtividade e da competitividade do agronegócio entre seus objetivos (PONTES ET AL., 2013). Uma compreensão ampliada do princípio da intersetorialidade do SUS alerta para a necessidade de situar a saúde como direito de todos e dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (BRASIL, 1988), como reza o artigo 196 da Constituição de 1988, e não por políticas como essa.

## Precarização do trabalho e resistências dos trabalhadores

A Del Monte Fresh Produce Brasil Ltda., onde trabalhava VMS, conta com a certificação internacional privada GlobalGAP (Boas Práticas Agrícolas, em inglês), requisito fundamental para o acesso ao mercado europeu, emitida após inspeção de empresas de auditoria, que examinam 234 pontos, em que

117 são vinculados à segurança alimentar, 50 ao meio ambiente e biodiversidade, 46 ao controle da rastreabilidade e 21 relacionam-se diretamente ao bem-estar dos trabalhadores. (BEZERRA, 2012, P. 193).

Em um imaginário social ainda marcado pela colonialidade, essa certificação possivelmente alimenta a ideia de que grandes empresas estrangeiras adotam boas práticas, respeitam a legislação, têm competência técnica e são eficientes. Entretanto, registros do Ministério Público do Trabalho em Limoeiro do Norte apontam depoimentos de 27 trabalhadores dessa empresa sobre o uso de agrotóxicos proibidos no Brasil, os quais, durante as auditorias do GlobalGAP, eram armazenados em um “*caminhão-baú amarelo e escondido no mato*”.

Após aprofundado estudo sobre o trabalho nos perímetros irrigados do Nordeste, Bezerra conclui que:

A realidade do trabalho nos espaços da fruticultura demonstra justamente a persistência da precarização. Os principais problemas relatados fazem lembrar que, embora possamos testemunhar a modernização do processo produtivo por meio das técnicas avançadas de plantio, do uso de sementes geneticamente modificadas etc., quando tratamos das relações de trabalho, todo o empreendimento da modernização se desmorona para erigir práticas arcaicas de superexploração dos trabalhadores mediante: longas jornadas de trabalho, estabelecimento de metas de



produção; persistência do bóia-fria, inexistência de infraestrutura adequada para a alimentação dos trabalhadores; precariedade do transporte; ambiente de opressão e assédio moral; e riscos para a saúde pela exposição aos agrotóxicos no espaço de trabalho e de moradia. (BEZERRA, 2012, P. 220).

É o que demonstram também outros estudos realizados no Baixo Jaguaribe, onde vivia VMS. De acordo com Ferreira *et al.* (2011), 71,7% dos trabalhadores do agronegócio contam com a renda mensal de um a dois salários mínimos. As empresas não remuneram o tempo de deslocamento dos trabalhadores ao trabalho (horas *in itinere*), e as frequentes horas extra não são opcionais, ao contrário do que prevê a legislação, e aqueles que não aceitam, não têm transporte de volta para casa no horário regular. À extensão da jornada de trabalho, associa-se a imposição de metas de produtividade, alcançadas pela intensificação do trabalho. No caso do cultivo da banana, por exemplo,

cada grupo de três trabalhadores tem que, diariamente, colher e transportar 175 caixas com média de 70 Kg cada, totalizando 12.250 Kg, havendo desconto no seu salário caso a meta não seja atingida. (RENAP, 2012, P. 6).

Tais metas produzem não só o cansaço e o esgotamento de cada dia, mas também o desgaste do estado geral de saúde e o comprometimento do sistema osteomuscular, gerando patologias crônicas que vão limitar a vida desses trabalhadores no presente e no futuro.

Cultivos sazonais como o do melão implicam contratos de trabalho temporários, situação em que estão 45,2% dos trabalhadores do agronegócio no Perímetro Irrigado Jaguaribe-Apodi – o que não assegura a reprodução da força de trabalho fora dos períodos em que ela é útil à empresa (FERREIRA; TEIXEIRA; MARINHO, 2011). A migração de trabalhadores atraídos para essa atividade é acompanhada por fluxos de exploração sexual e

prostituição, inclusive infantojuvenil. Além do sofrimento humano e da disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, tal quadro repercute ainda em um índice de gravidez na adolescência três vezes superior à média nacional, como constatou estudo no distrito de Lagoinha, município de Quixeré (PESSOA, 2010). As longas jornadas de trabalho, as precárias condições de trabalho e o escasso tempo com a família são especialmente penosos para as trabalhadoras, que ainda têm socialmente a responsabilidade por uma segunda jornada de trabalho no cuidado com a casa e com os filhos.

A resistência a essa superexploração não tem passado pelo sindicato dos trabalhadores: embora 69,4% deles sejam sindicalizados – porque a empresa acordou com a entidade que realizaria esse procedimento no momento da contratação –, 79,1% nunca participaram de atividades do sindicato (FERREIRA; TEIXEIRA; MARINHO, 2011). Ainda assim, os empregados da Del Monte fizeram greve em 2008 e 2012, apoiados por movimentos sociais e por pastorais sociais, reivindicando:

1 – Pagamento das horas *in itinere*, Art. 58 da CLT.

2 – Fim do assédio moral existente, principalmente com a imposição de metas que ultrapassam a capacidade de trabalho do trabalhador e quanto ao ponto, que precisa de regras de proteção e segurança, pois por qualquer aborrecimento, o fiscal corta o ponto, mesmo o trabalhador tendo trabalhado o dia inteiro.

3 – Fim da obrigatoriedade de fazer horas extras, que estas devem ser eventuais, respeitando a CLT.

4 – Atendimento à solicitação de mudança de setor de mais de 50 trabalhadores que trabalham na adubação e que já possuem parecer do médico da empresa recomendando a mudança, mas que o setor de pessoal não

realiza, estando estes trabalhando doentes, com doenças adquiridas nesse setor.

5 – Realização de perícia para determinar o grau de insalubridade, pois todos estão expostos a agentes químicos nocivos.

6 – Fornecimento de EPIs, pois estes são insuficientes, caracterizando condições precárias de trabalho.

7 – Fim do porte de facões por parte dos fiscais, pois não é necessário ao trabalho dos fiscais e os trabalhadores se sentem intimidados (Transcrição de panfleto divulgado pelos trabalhadores em greve, acervo de pesquisa).

A quarta reivindicação relaciona-se com o estudo de Ferreira Filho (2013), já mencionado, a partir do qual os trabalhadores que já apresentavam alterações citogenômicas não puderam ser abrigados pela Previdência Social, sob o argumento de que ainda não apresentavam incapacidade para o trabalho ou ‘m CID’ que justificasse o afastamento. A indicação médica de afastamento do risco também não foi acatada pela empresa, repercutindo em sofrimento psíquico que inclusive levou um dos trabalhadores à tentativa de suicídio. A violência simbólica presente nas relações hierárquicas de trabalho aparece também nas segunda e sétima reivindicações, relacionando o facão especialmente à imposição de horas extra para o cumprimento de metas de exportação acordadas pela empresa com a rede de supermercados Walmart na Holanda (BEZERRA, 2012).

No que diz respeito à atenção à saúde dos trabalhadores, diversos movimentos sociais da região se envolveram em um processo participativo para a criação e elaboração do Plano de Ação, que veio a ser denominado Centro de Referência em Saúde, Trabalho e Ambiente – Ceresta Rural Zé Maria do Tomé, em homenagem ao líder comunitário, lutador por terra e contra a contaminação

dos agrotóxicos, assassinado em abril de 2010. A missão do Ceresta, como componente do SUS, foi definida nesse coletivo em

articular e participar ativamente da construção e desenvolvimento de ações no SUS e demais políticas públicas, com vistas a contribuir para o direito à saúde, trabalho decente e ambiente saudável aos trabalhadores e às trabalhadoras rurais. (SESA, 2013, P. 4).

Tal serviço poderia responder às novas necessidades de saúde trazidas pela modernização agrícola em curso nem sempre reconhecidas pelo SUS. Entretanto, até agora, a Secretaria Estadual de Saúde apenas alugou um imóvel na cidade de Limoeiro do Norte e criou três cargos de gestão do Ceresta, mas não providenciou concurso público para os profissionais que executariam as ações de saúde, e nem mesmo a seleção pública específica foi feita, para agilizar o início do funcionamento do Centro. Trabalhadores e trabalhadoras seguem assim sem a atenção adequada a que têm direito, evidenciando o desigual empenho do Estado quando se trata da garantia de direitos da população, se comparado à sua eficácia na atração e sustentação da expansão agrícola.

Se a promessa de geração de empregos constitui-se como legitimação social desses empreendimentos – mas pode ser lida também como “meio de obter vantagens locais e livre acesso a recursos ambientais” (ACSELRAD, 2014, P. 94) –, é de questionar as consequências desse emprego sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, sua qualidade de vida e suas implicações para o sistema público de seguridade social.

## Considerações finais

Além de alertar a vigilância em saúde sobre os óbitos por agrotóxicos, a morte de VMS é sentinela de um ‘processo de vulnerabilização’ (PORTO, 2011) das populações do campo,

mediado pelo modelo de desenvolvimento para o campo centrado na modernização da agricultura. Nesse contexto, pode ser mais amplamente compreendida a sociogênese do adoecimento e morte de tantos outros trabalhadores e trabalhadoras, 'incluídos' por intermédio de um emprego precarizado e desigualmente protegidos pelo Estado. Embora a leitura do caso de VMS traga especificidades da região semiárida, a mesma lógica está em expansão nos demais biomas e regiões do Brasil e na América Latina, na medida em que o continente vem sendo subordinado nessa divisão internacional do trabalho, da natureza e dos riscos que configura o neoextrativismo agrícola e mineral (GUDYNAS, 2012).

Os elementos trazidos nesta breve análise se articulam de forma hierarquizada: os agentes econômicos do capitalismo avançado, movidos pelo rentismo e pela acumulação por espoliação, forjam e incidem sobre o Estado neoliberal, induzindo políticas de desenvolvimento agrícola que atendem a seus interesses e que incluem o financiamento dos empreendimentos, a preparação da infraestrutura de que necessitam (terra, água, energia, estradas, portos e aeroportos, tecnologia), a flexibilização e desregulamentação de direitos, além da legitimação simbólica sob o mito do desenvolvimento.

A essa proatividade do Estado em favor do grande capital, soma-se a construção política da ineficácia das políticas sociais (saúde, trabalho, ambiente, entre outras) duramente conquistadas, agravada pelo crônico subfinanciamento, os limites do controle social instituído e, mais recentemente, as próprias ameaças ao sistema público e universal de saúde.

Nesse processo, os territórios de vida no campo são desterritorializados e vulnerabilizados, e às populações são impostos os impactos, que muito se expressam no perfil de saúde-adoecimento, relacionando-se não só com acidentes e intoxicações, mas também com uma ampla gama de agravos crônicos, como distúrbios nutricionais, doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais,

os cânceres, distúrbios endócrinos, malformações congênitas, hepatopatias, entre muitos outros. Por outro lado, como sujeitos políticos e históricos, florescem nos territórios movimentos e redes sociais, processos de afirmação e fortalecimento dos modos de vida que lhes são próprios, lutas em defesa dos direitos territoriais e da saúde, como a Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e Pela Vida.

Longe da neutralidade, o campo científico participa desse processo por meio da produção de conhecimentos técnico-científicos, seja para amparar a modernização agrícola (produtividade, biotecnologias, agrotóxicos etc.), seja para fomentar alternativas como a agroecologia ou para realizar estudos que subsidiem políticas públicas garantidoras de direitos ou que desvelem os impactos do modelo de desenvolvimento em curso. Ou ainda, ao participar das controvérsias científicas entre seus diferentes segmentos, algumas vezes perpassados por sérios conflitos de interesse.

É este macrocontexto de ameaças à vida no planeta e de produção de desigualdades e injustiças ambientais que tensiona hoje a saúde coletiva a aprofundar a compreensão da determinação social do processo saúde-doença. Acredita-se que a proposta do enfoque socioambiental crítico e transformador pode contribuir em releituras e novas elaborações. A partir delas, pode-se aprender mais, por exemplo, com os eventos sentinela e, como trabalhadores do campo da saúde coletiva na pesquisa, na formação e nos serviços, avançar na 'vigilância do desenvolvimento' (PIGNATI; MACHADO, 2011), em uma perspectiva crítica e emancipatória, para fomentar as condições históricas e políticas necessárias à preservação da vida e da saúde.

Nesse processo, muito se pode aprender no diálogo com os sujeitos nos territórios, os movimentos e redes sociais em que se organizam. Os povos originários da América Latina, por exemplo, cujos conhecimentos têm sido invisibilizados e desqualificados,

trazem em suas cosmovisões uma concepção bem diversa da relação sociedade-natureza, que reconhece a interdependência em contraposição ao des-envolvimento. Com seus saberes e experiências, vêm construindo e afirmando ‘alternativas ao desenvolvimento’, em uma perspectiva descolonial, preservando sementes e apontando pistas para uma vida digna (não é à toa, portanto, que esses povos estão sendo exterminados no neoextrativismo neoliberal contemporâneo). É preciso aproximar-se deles, como sujeitos epistêmicos e políticos que se é – eles e todos.

## Colaboradores

As autoras agradecem a contribuição de Ana Cláudia de Araújo Teixeira, Severino Alexandre, Terezinha do Menino Jesus, José Milton de Castro Lima e Ramon Rawache no estudo do caso clínico apresentado. Agradecem ainda a Reginaldo Araújo pelo exercício da vigilância popular da saúde que permitiu o desocultamento desta morte em sua relação com o trabalho. ■

## Referências

- ABREU, P. H. B. *O agricultor familiar e o uso (in)seguro de agrotóxicos no município de Lavras, MG*. 2014. 205 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.
- ACSELRAD, H. Disputas cognitivas e exercício da capacidade crítica: o caso dos conflitos ambientais no Brasil. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 16, n. 35, p. 84-105, jan/abr. 2014.
- ALEXANDRE, S. F. *Exposição a agrotóxicos e fertilizantes: agravos à saúde dos trabalhadores do agronegócio do abacaxi em Limoeiro do Norte-CE*. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.
- ALVAREZ, F. *et al.* Autoimmune hepatitis group report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. *J. Hepatol.*, Copenhagen, v. 31, n. 5, p. 929-938, 1999.
- ALVES, P. A. *Vigilância Popular da Saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da Mineração de Urânio e Fosfato no Ceará*. 2013. 241 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- BARBOSA, I. M. *Câncer infantojuvenil: relação com os polos de irrigação no estado do Ceará*. 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BEZERRA, J. E. A. *A fruticultura no Nordeste semiárido: internacionalização, conflitos territoriais e a precarização do trabalho*. 2012. 376 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2012.
- BOCHNER R. Óbito ocupacional utilizado como evento sentinela. *Vigil. sanit. Debate*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 39-49, 2015, Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/364>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: <<http://www>>.

planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/constituicao-compilado.htm>. Acesso em: 31 de março de 2015.

COLETIVO BRASILEIRO DE PESQUISADORES DA DESIGUALDADE AMBIENTAL. Desigualdade ambiental e acumulação por espoliação: O que está em jogo na questão ambiental? *E-cadernos CES (Online)*, v. 17, p. 164-183, 2013. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/ecadernos/media/ecadernos17/07ColetivoBras.Pesq.DesigualdadeAmbiental.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

COMPANHIA DE GESTÃO DOS RECURSOS HÍDRICOS (COGERH). *Plano de gestão participativa dos aquíferos da bacia Potiguar*, Estado do Ceará. Fortaleza: COGERH, 2009. Disponível em: <<http://www.srh.ce.gov.br/index.php/constituicoes/category/138-plano-de-gestao-participativa-dos-aquiferos-da-bacia-potiguar-estado-do-ceara&tmpl=component&print=1>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. L. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

ELEFSINIOTIS, I. S. *et al.* Case Report: Mixed Cholestatic/Hepatocellular Liver Injury Induced by the Herbicide Quizalofop-p-ethyl. *Environmental Health Perspectives, Research Triangle Park*, v. 115, n. 10, out., 2007.

FERREIRA FILHO, L. I. P. *Estudo das alterações citogenômicas da medula óssea de trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos*. 2013. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

FERREIRA, M. J. M.; TEIXEIRA, A. A. T.; MARINHO, A. M. C. P. Centralidade do trabalho e sua caracterização nos diferentes contextos de produção agrícola no Baixo Jaguaribe. In: RIGOTTO R. M. (Org.). *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no Baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza: UFC, 2011. p. 296-318.

FREITAS, B. M. C. *Marcas da modernização da agricultura no território do Perímetro Irrigado Jaguaribe-Apodí: uma face da atual reestruturação socioespacial*

do Ceará. 2010. 181 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

FRIEDRICH, K. Desafios para a avaliação toxicológica de agrotóxicos no Brasil: desregulação endócrina e imunotoxicidade. *Vigilância Sanitária em Debate*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 2-15, 2013. Disponível em: <<http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

GUDYNAS, E. Estado compensador y nuevos extractivismos. *Nueva Sociedad*, Buenos Aires, n. 237, p. 128-146, 2012.

HAESBAERT, R. *Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no nordeste*. Niterói: Eduff, 1997.

JONNALAGADDA, P. R. *et al.* Biochemical alterations of certain health parameters in cotton growing farmers exposed to organophosphorous and pyrethroid insecticides. *African Journal of Biotechnology*, v. 9, n. 49, p. 8369-8377, 2010. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/ajb/article/view/130856/120427>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MACIEL, R. H. M.; RIGOTTO, R. M.; ALVES P. A. Como está a saúde destes trabalhadores? In: RIGOTTO, R. M. (Org.). *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no Baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza: UFC, 2011. p. 391-413.

MALAGUARNERA, G. *et al.* Toxic hepatitis in occupational exposure to solvents. *World J Gastroenterol*, Beijing, v. 18, n. 22, p. 2756-2766, 2012.

MARINHO, A. M. C. P. *Contextos e contornos da modernização agrícola em municípios do Baixo Jaguaribe-CE: o espelho do (des)envolvimento e seus reflexos na saúde, trabalho e ambiente*. 2010. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MARTINEZ-ALIER, J. *O ecologismo dos pobres: conflitos ambientais e linguagens de valoração*. São Paulo: Contexto, 2007.

- MEYER, T. N.; RESENDE, I. L. C. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 24-30, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- PEIRÓ, A. M. *et al.* Hepatotoxicity Related to Paraquat and Diquat Absorption Through Intact Skin. *Dig Dis Sci.*, Nova York, v. 52, n. 11, p. 3282-3284, 2007
- PESSOA, V. M. *Tecendo atenção integral em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à saúde em Quixeré - Ceará*. 2010. 295 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- PIGNATI, W. A.; MACHADO, J. M. H. O agronegócio e seus impactos na saúde dos trabalhadores e da população do Estado de Mato Grosso. In: MINAYO, C. G.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 245-272.
- PONTES, A. G. V. *et al.* Os perímetros irrigados como estratégia geopolítica para o desenvolvimento do semi-árido e suas implicações à saúde, ao trabalho e ao ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3.213-3.222, 2013.
- PONTES, A. G. V. *Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: articulando universidade, SUS e movimentos sociais em território rural em conflito socioambiental*. 2012. 261 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- PORTO, M. F. S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, v. 93, p. 31-58, 2011.
- PORTO, M. F. S.; ROCHA, D. F.; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4071-4080, 2014.
- REDE NACIONAL DE ADVOGADOS E ADVOGADAS POPULARES (RENAP). *Denúncia à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República*. Brasília, DF, 3 de julho de 2012.
- RIGOTTO, R. M.; AGUIAR, A. C. P. Invisibilidade ou invisibilização dos efeitos crônicos dos agrotóxicos à saúde? Desafios à ciência e às políticas públicas. In: NOGUEIRA, R. P. *et al.* (Org.). *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises 2*. Brasília, DF: UnB; Fiocruz, 2015. p. 47-90.
- RIGOTTO, R. M.; LIMA, J. M. C. *Relatório técnico caso Vanderlei Matos da Silva*. Fortaleza: UFC, 2010.
- RIGOTTO, R. M. *et al.* Trends of chronic health effects associated to pesticide use in fruit farming regions in the state of Ceará, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 16, p. 763-773, 2013.
- SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Coordenadoria de Políticas e Atenção em Saúde. Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador. *Plano de Ação para Implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental - Ceresta Rural Zé Maria do Tomé*. Fortaleza, 2013.
- TEIXEIRA, M. M. Chega de segurar o abacaxi: sob a exploração antiga e o discurso moderno do agronegócio, os novos trabalhadores fazem greve. In: RIGOTTO, R. M. (Org.). *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto de modernização agrícola no Baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza: UFC, 2011.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em dezembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico por meio do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 24/2006 – Estudos em Populações Expostas à Contaminação Ambiental, Processo nº 409845/2006-0



# Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades

*Career plans, positions and salaries in the scope of the Unified Health System: beyond the limits and testing possibilities*

Swheelen de Paula Vieira<sup>1</sup>, Celia Regina Pierantoni<sup>2</sup>, Carinne Magnago<sup>3</sup>, Tania França<sup>4</sup>, Rômulo Gonçalves de Miranda<sup>5</sup>

**RESUMO** Este estudo objetivou analisar experiências de planos de carreira, cargos e salários premiadas pelo Ministério da Saúde. Para tanto, foi realizada pesquisa descritiva e qualitativa, em 2013, mediante análise documental e entrevistas com gestores de secretarias de saúde com planos implantados. Dados foram analisados à luz das diretrizes nacionais para a instituição de planos no Sistema Único de Saúde. Os planos estudados, negociados com os trabalhadores e baseados nas diretrizes, consideraram a avaliação de desempenho e a qualificação profissional para a progressão na carreira. Conclui-se que os planos necessitam incluir os diversos tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as carreiras da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Recursos humanos em saúde. Administração de recursos humanos. Salários e benefícios. Avaliação de desempenho profissional.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze the experiences of career plans, positions and salaries awarded by the Ministry of Health. For this purpose, a descriptive and qualitative research was conducted, in 2013, through documentary analysis and interviews with managers of the health secretariats with implanted plans. Data were analyzed in the light of national guidelines for the establishment of plans in the Unified Health System. The studied plans, negotiated with the employees and based on the guidelines, consider performance evaluation and professional qualification for career progression. It is concluded that plans need to include the various types of employment bonds and forms of remuneration compatible with health careers.*

**KEYWORDS** *Health manpower. Personnel management. Salaries and fringe benefits. Employee performance appraisal.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
helen.nut@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
cpierantoni@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
carinne.mag@gmail.com

<sup>4</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
taniafranca29@gmail.com

<sup>5</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
mnutricao@gmail.com

## Introdução

O cenário nacional do sistema de saúde brasileiro aponta para uma série de desafios, no que se refere à gestão do trabalho em saúde. Alguns nós críticos já vêm sendo debatidos há anos, como a baixa remuneração, falta de motivação dos profissionais, precariedade/flexibilidade dos vínculos empregatícios e as dificuldades na implementação de estratégias para a redução da rotatividade dos trabalhadores.

Nesse contexto, segundo as diretrizes fixadas para a área de recursos humanos (RH) na Norma Operacional Básica (NOB/RH-SUS), o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) é considerado um instrumento de ordenação do trabalho, devendo ser incorporado em cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

O PCCS pode ser definido como um instrumento de gestão do trabalho, que tem como finalidade valorizar o trabalhador e instaurar o processo de carreira nas instituições. Além disso, é um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional (CASTRO, 2012; BRASIL, 2006).

Nesse sentido, para além da perspectiva de direitos, entende-se que o plano de carreiras é uma potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, como a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação (SEIDL ET AL., 2014).

Apesar de pautados desde 1986 pela Comissão da Reforma Sanitária, e, em seguida, pela Lei Federal nº 8.080/90, os planos de carreira no SUS só começaram a ser efetivamente impulsionados após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), em 2003 (BRASIL, 1986, 1990, 2003).

Dessa feita, em 2006, foram aprovadas as Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS, para apoiar a construção de planos nos âmbitos regionais, estaduais e municipais, considerando as particularidades dos sistemas locais (BRASIL, 2006).

Em 2012, no sentido de valorizar as propostas de planos estabelecidas pelos sistemas locais, mas também impulsionar novas proposituras, o Ministério da Saúde lançou edital para o projeto InovaSUS, com o tema Carreira: Planos de Cargos, Carreiras e Salários (InovaSUS-Carreira), premiando 12 projetos (BRASIL, 2015). Criado em 2011, o InovaSUS foi o primeiro prêmio de inovação relacionada à gestão do trabalho em saúde. A iniciativa tem como objetivo a valorização de experiências na área, com a premiação de projetos que almejem a excelência, aprimorem a qualidade dos serviços, das condições de trabalho e do atendimento aos usuários do SUS, e demonstrem possibilidades de reprodução (BRASIL, 2015).

Ante ao exposto, e no sentido de produzir evidências que possam subsidiar a estruturação e/ou atualização de planos de carreira, este estudo objetivou analisar experiências de implantação de PCCS premiadas pelo InovaSUS-Carreira, tendo como referencial as diretrizes nacionais elaboradas e aprovadas pela MNNP-SUS.

## Material e métodos

Este estudo é um desdobramento da pesquisa 'Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS', finalizada em 2014, na qual foram entrevistados 519 gestores de secretarias estaduais e municipais de saúde (aqui denominadas SES e SMS, respectivamente), com o objetivo de identificar o estágio e a capilaridade das políticas de gestão do trabalho (OBSERVARH-IMS/UERJ, 2014).

De posse dos resultados da pesquisa, que indicaram deficiência na política de

valorização do trabalhador, com poucos planos de carreira instituídos no âmbito do SUS, optou-se por identificar e analisar experiências exitosas de implantação de PCCS.

Trata-se de estudo descritivo e analítico, de abordagem qualitativa, cujo objeto de análise foram algumas experiências de implantação de PCCS.

Para a determinação das experiências a serem investigadas em profundidade, consideraram-se os resultados da 2ª edição do Prêmio InovaSUS-Carreira, que premiou 12 iniciativas, implantadas ou não, consideradas de excelência. A coleta de dados se deu em duas etapas. Primeiro, foram coletados documentos referentes aos planos das estruturas premiadas (legislação, instrumentos e projetos apresentados no ato da inscrição para o InovaSUS-Carreira) e dados secundários para a caracterização dos cenários. Na segunda etapa, foram selecionadas oito secretarias de saúde, por constituírem-se enquanto estruturas estaduais ou municipais de grande porte (acima de 500 mil habitantes), e por terem implantado o PCCS premiado, a saber: secretarias estaduais de Mato Grosso, da Bahia, do Tocantins e das Alagoas; a Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf) da Bahia (Fesf-BA); e as secretarias municipais de Goiânia, Recife e Guarulhos.

Uma vez selecionadas as estruturas, procedeu-se ao contato telefônico com os gestores locais, responsáveis ou participantes do processo de implantação dos PCCS, para agendamento de entrevista *in loco*. Participaram do estudo 13 gestores.

Para essa fase, foi confeccionado um instrumento de coleta de dados semiestruturado, com base nas diretrizes nacionais para a instituição de PCCS no âmbito do SUS, elaboradas e aprovadas pela MNNP-SUS. O instrumento contemplou 58 questões estruturadas em 6 blocos: identificação do respondente; identificação da estrutura pesquisada; processo e implementação do PCCS; caracterização/estruturação do PCCS; avaliação de desempenho; e questões abertas (opinativas).

As entrevistas, realizadas nos meses de agosto e setembro de 2013, foram gravadas em equipamento de áudio digital e gravador portátil, com posterior transcrição integral do conteúdo.

Os dados provenientes dos documentos foram submetidos a uma análise documental e estatística descritiva, a partir de processamento em banco de dados estruturado no *software* Excel. As informações provenientes das entrevistas foram tratadas por análise descritiva, confrontadas com as diretrizes nacionais para a instituição de PCCS no âmbito do SUS, documentos selecionados e literatura pertinente ao tema. Posteriormente, os resultados da pesquisa foram apresentados para discussão e validação junto aos atores envolvidos, membros da MNNP-SUS e representantes da SGTES.

De acordo com as normas éticas destinadas a pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0038.0.259.000-11.

## Resultados

### Perfil dos entrevistados e caracterização das estruturas

Do total de 8 estruturas pesquisadas, participaram como respondentes 13 gestores, entre os quais 8 mulheres, correspondentes a 61,5% da amostra. Quanto à formação, 12 possuem graduação nas mais diversas áreas: serviço social (n=3), direito (n=2), administração (n=2), medicina, ciências contábeis, enfermagem, tecnologia da informação e psicologia.

A maior parte dos gestores (n=7) possui, como maior titulação, a Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, desenvolvida em decorrência da capacitação

promovida pela adesão ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS); cinco possuem mestrado; e um possui formação de nível técnico. No que compete ao tempo dos gestores nos cargos, observou-se uma média de 3,2 anos.

Todas as estruturas pesquisadas possuem órgãos específicos de recursos humanos, criados há pelo menos cinco anos, e encontram-se no primeiro ou no segundo escalão da secretaria de saúde.

### **Implantação dos Planos de Carreira, Cargos e Salários**

Para a propositura dos PCCS premiados, todas as estruturas estudadas partiram de algum plano já implantado, configurando-o conforme as diretrizes nacionais, resguardadas as adaptações necessárias para cada local. A exceção foi a SMS de Guarulhos, que não apresentava nem mesmo um plano geral para os servidores municipais. Criaram-se comissões específicas com a participação dos trabalhadores, mas a maior parte das estruturas não fez a discussão em mesas de negociação, por não tê-las implantadas.

O tempo entre a apresentação de uma proposta de carreira e a sua implantação foi de, no mínimo, um ano, e de, no máximo, seis anos. Para tanto, estudos de impacto financeiro foram demandados, em alguns casos, mais de uma vez, com fins de adequação e viabilização do plano.

### **Características estruturais dos PCCS específicos para o setor saúde**

Em termos de abrangência, as maiores dificuldades de inclusão se dão para os profissionais administrativos, pois há o entendimento, por parte da gestão superior da secretaria de administração, que esses profissionais são ‘sistêmicos’, ou seja, são contratados para atuarem em qualquer um dos setores existentes no âmbito do município/estado.

Apenas a SES do Tocantins tem todos os trabalhadores efetivos da saúde – cerca de 11 mil – incluídos no PCCS da saúde, com exceção de alguns servidores administrativos, que optaram por se manter no plano de carreira do quadro geral do estado. A Fesf inclui todos os profissionais contratados por ela, porém não há a inclusão dos agentes de saúde, que são contratados pelos municípios.

Os profissionais de saúde do estado das Alagoas estão distribuídos em nove planos distintos, sendo três deles específicos da saúde: PCCS dos médicos; PCCS dos profissionais de apoio à saúde, ganhador do Prêmio InovaSUS, que inclui todos os efetivos de planejamento, administração, transporte, e infraestrutura do setor; e PCCS dos técnicos, assistentes e auxiliares de saúde, que inclui todos os trabalhadores da saúde de nível superior, médio e elementar, exceto aqueles que estão enquadrados em planos específicos.

As SMS de Recife e de Guarulhos, e a SES da Bahia possuem um plano geral para os efetivos da saúde, que não inclui os administrativos. Esta última ainda possui um plano específico para os médicos. O plano da SES de Mato Grosso inclui apenas parte dos administrativos. A SMS de Goiânia possui dois planos para os trabalhadores da saúde, sendo que o plano premiado, implantado em 2012, inclui todos os efetivos, mas não os administrativos. O implantado em 2004 vigora apenas com os profissionais de saúde que não quiseram migrar para o novo plano, mas não inclui os administrativos e nem os agentes de saúde.

No que tange ao predomínio de profissionais de algum nível de atenção, não se percebem tantas incongruências, haja vista que os estados enquadram maior número de profissionais do nível terciário, enquanto os municípios enquadram predominantemente os da Atenção Primária à Saúde (APS). A surpresa é a Fesf, que emprega hoje um maior número de profissionais do âmbito hospitalar, quando era de se esperar que possuísse um maior percentual de profissionais da APS, já que a proposta inicial para a sua criação era

a de viabilizar a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Esse cenário é devido, principalmente, à não contratualização entre a Fesf e os municípios que a criaram. Do total de 69 municípios que a implantaram, apenas 16 permanecem com contratos ativos. Assim, a Fesf tem ampliado os serviços para outros níveis de complexidade, que não a primária.

Tratando-se dos modos de progressão na carreira, em sua maioria, os planos consideram o processo de avaliação de desempenho e de qualificação. Segundo alguns respondentes, a não contabilização do tempo de serviço na ocasião da adesão ao plano, em certos casos, foi desfavorável a muitos profissionais, uma vez que muitos, ao serem alocados nas tabelas vencimentais, se encontraram no mesmo patamar que outros tantos profissionais recém-admitidos ou com menor tempo de serviço. A principal motivação para a não contabilização do tempo de serviço deveu-se, em grande medida, ao impacto financeiro que causaria.

Uma das maiores questões no processo de discussão e aprovação das propostas dos planos diz respeito às gratificações e aos adicionais, com destaque para a não incorporação do adicional de insalubridade à aposentadoria. Todas as estruturas pesquisadas oferecem algum adicional, com exceção das Alagoas, onde há, inclusive, um movimento de discussão sobre o direito real de recebimento do adicional de insalubridade. Neste estado, os profissionais recém-admitidos não fazem jus a tal benefício, diferentemente dos servidores já atuantes. Este fato tem gerado disputas judiciais e negociações entre as partes envolvidas.

Esse cenário identificado no estado das Alagoas já é percebido em outras instâncias, talvez porque a própria legislação que a prevê seja frágil em diversos aspectos, permitindo que as empregadoras resolvam os impasses em nível local.

Outros questionamentos acerca da insalubridade referem-se à sua contabilização

para fins de cálculo de horas extras, férias e 13º salário. Isto porque o adicional integra a remuneração, mas não é incorporado à aposentadoria, sendo, portanto, cabível recurso do trabalhador, quanto à negação do empregador em considerá-lo para este fim.

## Processos de avaliação de desempenho

Todos os planos preveem processo de avaliação de desempenho, contudo, na SES das Alagoas, na SMS de Recife e na Fesf-BA ainda não há legislação que o regulamente. Segundo os respondentes da pesquisa, os modelos de avaliação de desempenho previstos abrangem todos os servidores da estrutura, com a exceção do modelo das Alagoas (restrito aos trabalhadores de apoio à saúde), e foram negociados com os trabalhadores, excluindo-se o Tocantins e a Fesf.

A periodicidade, os requisitos e as formas de avaliação variam entre os locais, mas se destaca que a SES da Bahia, por ainda não ter regulamentado os parâmetros e indicadores, executa um modelo no qual a avaliação individual é baseada apenas na assiduidade do trabalhador.

Os dados da pesquisa apontam para a grande dificuldade de regulamentar e desenvolver um processo de avaliação de desempenho que não seja meramente ilustrativo e burocrático, e cujos resultados sejam analisados para subsidiar melhorias para o serviço e para o desenvolvimento de processos de educação permanente. Não obstante, em alguns locais, a avaliação de desempenho garante adicionais importantes à remuneração do trabalhador, caso da Fesf e da SMS de Recife.

## Potencialidades e nós críticos dos PCCS da saúde

No que tange aos planos de carreira em vigência, o *quadro 1* apresenta os principais pontos positivos e negativos dos PCCS da saúde, segundo a percepção dos gestores.

Quadro 1. Principais pontos positivos e negativos dos planos de carreiras, cargos e salários da saúde implantados, na opinião dos gestores das estruturas de saúde – Brasil, 2013.

Estruturas	Pontos positivos	Pontos negativos
SES de Mato Grosso	Inclui a política de saúde do trabalhador baseada em critérios de gestão do conhecimento.	Avaliação de desempenho é geral para todos os trabalhadores estaduais, e a autoavaliação ainda não está regulamentada.
SES da Bahia	Aposentados e pensionistas foram beneficiados; prevê duplo vínculo; imprimiu ganho salarial em comparação a planos anteriores; subsidiou a implantação da política de saúde do trabalhador.	Baixos salários.
SES das Alagoas	Inclui o pessoal de apoio; exigiu previamente o mapeamento dos servidores da saúde para o enquadramento no plano.	Existência de vários planos; progressão vertical por nível (titularidade) ainda não regulamentada.
SES do Tocantins	Aumentou a assiduidade dos trabalhadores, os salários e a satisfação dos profissionais.	Não indicou ponto negativo.
SMS de Goiânia	Diminuiu a rotatividade; aumentou a satisfação dos profissionais.	Prevê adicional de titulação, formação e aperfeiçoamento que não estimula o profissional a se qualificar constantemente.
SMS de Recife	Estágio probatório contabiliza para a carreira; inclui os agentes comunitários e de combate às endemias; aumentou o percentual de ganho ao fim da carreira; alterou a nota mínima para progressão na carreira, por avaliação de desempenho.	Não inclui os administrativos.
SMS de Guarulhos	Instituiu o processo de avaliação de desempenho.	Progressão vertical não regulamentada (titularidade); não inclui os administrativos.
Fesf-BA	Garantiu gratificação de 26% para todos os trabalhadores e de 50% para médicos, por produção e qualidade.	Não foi negociado com os trabalhadores.

Fonte: Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ObservaRH-IMS/Uerj), 2014.

É válido chamar a atenção para a implantação de uma política de saúde do trabalhador nos estados de Mato Grosso e da Bahia. Os gestores exaltaram tal iniciativa, fruto de negociação e luta dos trabalhadores, como um passo importante no combate às más condições de trabalho, às doenças e aos agravos do trabalhador, oriundos de um ambiente insalubre, alta carga de trabalho, escassez de insumos básicos etc.

Ainda como pontos de relevância, destacam-se: movimento de extinção das organizações sociais no estado de Mato Grosso; proposta de unificação dos inúmeros planos existentes no âmbito do estado das Alagoas; avaliação de desempenho informatizada,

com instrumentos específicos em interface com a educação permanente, no Tocantins; e dificuldade para contratação de médicos e de auxiliares de enfermagem pela SMS de Guarulhos.

### Comparativo entre os PCCS e as diretrizes nacionais da MNNP-SUS

As legislações que implantam e regem os planos estão de acordo com o que preveem as diretrizes, como já apontado pelos próprios gestores. Notam-se, contudo, particularidades, já que as próprias diretrizes propõem-se genéricas para que cada local as adeque à sua realidade.



Um aspecto a ser destacado é a abrangência do plano. As diretrizes indicam que todos os trabalhadores do SUS estejam enquadrados em PCCS. Apesar disso, há disparidades entre os locais, tendo em vista o entendimento, por parte de alguns gestores/governantes, de que alguns cargos são genéricos nos âmbitos da prefeitura e do estado, de modo que os profissionais que ocupam tais cargos podem atuar em qualquer setor, cabendo-lhes, portanto, enquadramento em um plano geral da instância.

Outro ponto a ser discutido é em relação à divisão das classes, a qual as diretrizes nacionais propõem que seja realizada de acordo com o grau de escolaridade, constituindo, por exemplo, uma classe/cargo genérica a todos os profissionais de nível superior. Embora os planos estudados tenham tentado se ater ao máximo ao que preconizam as diretrizes, esse aspecto foi considerado ponto nevrálgico, dada a dificuldade de negociação com a categoria médica, que cria impasses para isto, segundo os respondentes. Sendo assim, apenas o plano do estado de Mato Grosso agrega todos os profissionais de uma mesma escolaridade no mesmo cargo. Nos demais, os profissionais médicos se encontram separados em cargos ou planos de carreira específicos. Há, ainda, o caso das Alagoas, que gerenciam nove planos diferentes para profissionais com atuação no SUS.

A diretriz que pressupõe a avaliação de desempenho como um processo pedagógico e participativo, abrangendo, de forma integrada, todas as atividades dos trabalhadores, quer sejam individuais, coletivas ou institucionais, foi acolhida por todos os planos estudados, embora este processo ainda não esteja em prática em alguns locais. Igualmente, a premissa de ingresso na carreira por concurso público também está prevista nos planos das oito estruturas.

No que se refere à gestão partilhada entre os trabalhadores, prevista nas diretrizes nacionais, apenas a Fesf referiu não corresponder. Quanto à criação de comissões de

carreiras paritárias de gestores e trabalhadores, com desdobramento para as mesas de negociação, apenas a SES das Alagoas e a SMS de Recife a atendem; a SES da Bahia inclui-se na mesa geral de negociação do estado.

O desenvolvimento na carreira, por promoção e progressão por mérito, determinado pelas diretrizes, ocorre nas SES de Mato Grosso, SMS de Guarulhos e de Recife, e na SES da Bahia. Nestas duas últimas, também se utiliza o tempo de serviço. Nas Alagoas, no Tocantins e na Fesf, se utilizam o tempo de serviço e a avaliação de desempenho.

Por fim, o programa institucional de qualificação com vistas à valorização e ao desenvolvimento profissional só não está previsto nos planos da SMS de Goiânia e da Fesf-BA.

### **Satisfação dos trabalhadores em relação ao PCCS**

Durante as entrevistas, foi também medida a satisfação dos trabalhadores com o PCCS implantado, na percepção dos gestores, por meio de uma escala do tipo Likert, com quatro graus, como segue: grau 1 – insatisfeitos; grau 2 – pouco satisfeitos; grau 3 – satisfeitos; e grau 4 – muito satisfeitos.

As respostas obtidas apontam que, de modo geral, os profissionais estão satisfeitos (média=3) com os planos implantados. Os respondentes referiram que a maior insatisfação é percebida na categoria médica, sobretudo em razão de eles considerarem os salários baixos.

As principais reivindicações dos trabalhadores são: regulamentação de processos previstos no plano, como a avaliação de desempenho; extinção das organizações sociais; melhores condições de trabalho e infraestrutura; 30 horas para a categoria de enfermagem; e implementação de processos de educação permanente.

No que tange à escassez de profissionais de saúde, grande parte dos gestores afirmou que ela se dá basicamente com relação aos

médicos, tanto para atuação na Atenção Básica (AB) quanto em outros níveis da atenção. Em se tratando de outros profissionais, os respondentes relataram a existência de oferta que excede a incorporação deles pelo mercado de trabalho.

No que compete à rotatividade profissional, os gestores não puderam afirmar que ela diminuiu após a implantação dos PCCS, que se constituem como eventos recentes, não havendo, ainda, dados suficientes que subsidiem a avaliação deste indicador.

## Discussão

A carreira é um sistema organizativo e compreensivo da trajetória das atividades laborais das pessoas; tem função social e administrativa, que orienta a mobilidade no mercado de trabalho e a função psicossocial de dar sentido e motivação às atividades realizadas pelos trabalhadores. A carreira trabalhista surge, no mundo, no início do século XX, com o objetivo de organizar a trajetória da vida laboral dos funcionários, a ser percorrida por meio de cargos e funções a serem desempenhadas ao longo do tempo (ARONI, 2011).

No Brasil, a carreira tradicional ganha ênfase na década de 1970, em um contexto de repressão dos sindicatos pela ditadura militar. Ademais, os investimentos no setor industrial atraíram mão de obra de baixa qualidade, que era treinada apenas para o exercício da função, e a valorização do empregado se dava basicamente no que concernia ao seu tempo de trabalho. A década de 1980 foi marcada por greves empreendidas pelos sindicatos, tendo em vista a estagnação econômica e a consequente redução de postos de trabalho e demissões em massa que assolaram o País (ARONI, 2011).

Nas últimas décadas, o mercado de trabalho tem se reconfigurado, sobretudo em virtude das profundas mudanças promovidas pela tecnologização e pela automação,

que influenciam as relações de trabalho; e da redução de empregos estáveis e diversificação de vínculos empregatícios, que, por consequência, reorganizam as estruturas e concepções de carreira (BLANCH, 2003; SENNETT, 1998). Passa-se a valorizar as competências e habilidades, e há uma concentração de postos de trabalho com contratação via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (CAMPOS, 2006; ARONI, 2011).

Não obstante à desvalorização do ideário de carreira pública como sonho de todo trabalhador, ainda vigem as reivindicações de trabalhadores públicos, sobretudo alocados nas áreas consideradas prioritárias dos estados – saúde, educação e segurança –, por carreiras que possibilitem a valorização salarial e do tempo de trabalho, e que garantam benefícios de curto prazo, como adicionais e melhores condições de trabalho.

Em se tratando da saúde, desde a implantação do SUS, em 1990, já se propunha a criação de carreiras para os profissionais do sistema, sendo, inclusive, requisito para o recebimento de recursos oriundos da União a implantação de uma comissão de elaboração de PCCS, por parte dos municípios (BRASIL, 1990).

O relatório final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada em 1993, afirmou que as oportunidades de desenvolvimento profissional eram escassas, os salários degradantes, e que os planos de carreira eram inexistentes. Tal cenário acarretaria a desmotivação dos trabalhadores e o descompromisso ético e social com o sistema de saúde (BRASIL, 1993).

Passados mais de 20 anos do documento supramencionado, o cenário relatado já não é o mesmo, mas alguns problemas ainda persistem, tais como: escassez de profissionais qualificados na gestão do trabalho; diversificadas modalidades de contratos trabalhistas; ausência de planos de carreiras adequados, em boa parte das estruturas, ou insatisfação dos trabalhadores com o plano existente; remuneração insuficiente; dificuldade de

fixação de profissionais; limitação da expansão de quadro de pessoal imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal; ausência de concursos públicos; deficiência de qualificação dos profissionais; e carência de programas de educação permanente (BRASIL, 2004; PIERANTONI ET AL., 2008; PIERANTONI; GARCIA, 2011; MAGNAGO; PIERANTONI, 2014; NEY; RODRIGUES, 2012).

Não se pode negar, contudo, que o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, vem empregando esforços com o objetivo de melhorar todos os aspectos da gestão do trabalho, e se notam melhorias quando se avalia uma evolução no tempo. Em se tratando de PCCS, por exemplo, pesquisa realizada em 2008 constatou que 47,8% das SES e das SMS não possuíam nenhum modelo instituído; 28,9% tinham plano geral para todos os trabalhadores; e 20,2% tinham PCCS específico para o setor saúde (PIERANTONI; GARCIA, 2011). Em 2012, o percentual daqueles que apontaram a inexistência de planos diminuiu para 29,1%; PCCS gerais foram apontados por 36,6%; e o percentual de respondentes que indicaram planos específicos para o setor saúde aumentou para 28,7% (OBSERVARH-IMS/UERJ, 2014).

Não obstante, a existência de um plano não significa dizer que todos os processos previstos na legislação são, de fato, cumpridos, caso da avaliação de desempenho, que apresenta dificuldades para sua materialização, de maneira que deixe de ser apenas um ato burocrático. Um estudo realizado por Seidl *et al.* (2014) evidenciou fragilidade na incorporação da avaliação de desempenho nos planos de carreira, especialmente em municípios de menor porte populacional.

O aperfeiçoamento das práticas de gestão do trabalho nos serviços de saúde se constitui como um grande desafio. A avaliação de desempenho é um dos focos de atenção do processo de gestão, e sua finalidade é identificar o nível de capacitação/qualificação profissional, bem como o potencial dos trabalhadores em relação aos objetivos organizacionais.

Enquanto ferramenta de auxílio ao processo de tomada de decisão, a avaliação de

desempenho é considerada como um instrumento de levantamento de dados, que possibilita caracterizar as condições que dificultam ou impedem o completo e adequado aproveitamento dos trabalhadores da organização. Porém, ao mesmo tempo em que o tema ganha espaço de discussão no setor público, provoca polêmica entre gestores e trabalhadores, principalmente porque o avaliar ainda suscita, no trabalhador, um imaginário de repreender, punir. Por outro lado, também, os processos de avaliação de desempenho conduzidos por grande parte das organizações ainda trazem, em seu bojo, conotações burocráticas, meramente técnicas e pontuais, que não resultam em melhoria dos processos de práticas (PIERANTONI; GARCIA, 2011).

Nesse contexto de entendimento de que a avaliação de desempenho se configura como importante instrumento de gestão, as estruturas estudadas por esta pesquisa já apostam nesses processos, de forma a tentar acolher as exigências dos serviços e a dos profissionais de saúde, ainda que elas se encontrem em desenvolvimento.

É preciso ter em mente que a implantação de um PCCS não significa apenas ganhos em termos remuneratórios. Ela pode constituir-se como um instrumento poderoso de melhorias das condições de trabalho, capacitação profissional e, mais do que isso, de reconhecimento do trabalhador.

É sabido, contudo, que a implantação de um plano de carreiras, principalmente no que diz respeito ao setor público, é um processo que exige, geralmente, uma longa negociação entres os atores envolvidos, com destaque para os trabalhadores, que usufruirão dos benefícios advindos, e para os representantes do estado, que devem sugerir e/ou aprovar uma proposta para sobrelevar o impacto financeiro causado por um PCCS aos cofres públicos.

A participação do trabalhador é, antes de tudo, essencial para a concretização do sistema nacional de saúde. Ao estimular esta participação na construção de um sistema público

democrático, ratifica-se o compromisso com as proposições do movimento da reforma sanitária e busca-se efetivar o SUS (BRASIL, 2007).

A negociação é um processo fundamental, que exige a pactuação de interesses e prioridades pelos diversos sujeitos envolvidos no contexto do trabalho (SILVA, 2012; BRAGA, 2002), e, neste sentido, os interesses de cada categoria profissional, embora legítimos, bem como a relação público-privada, que introduz a terceirização de serviços no âmbito do SUS e produz diversas modalidades contratuais de trabalho, também acabam por excluir grande parte dos trabalhadores do escopo das políticas de gestão do trabalho, e obstatam, especialmente, a concretização dos projetos de carreira pública no SUS (PAIM, 2013).

Ademais, o subfinanciamento da saúde, que se constitui como problema crônico, tem se agravado nos últimos anos, implicando em cortes expressivos de gastos no setor, sobremaneira no âmbito da gestão do trabalho, área pouco valorizada em toda a história do SUS. Tal cenário aponta perspectivas negativas, especialmente em decorrência da crise político-econômica pela qual passa o Brasil, que tem sido usada como justificativa para propostas de modificação constitucional passíveis de congelar as despesas federais com a saúde pelas próximas décadas (PAIM, 2013; VIERIA, 2016).

## Conclusões

A análise dos dados coletados, quer seja mediante os documentos referentes aos planos, quer seja via discursos dos gestores entrevistados, apontou diferentes e diversas melhorias no âmbito da gestão, emergidas, sobretudo, após a implantação de um plano de carreira. Apresentaram, ainda, desafios que merecem ser estudados e trabalhados com maior afinco, uma vez que são fundamentais para o desenvolvimento da área da gestão do trabalho e da educação na saúde, para a fixação e valorização profissional e,

por consequência, para a consolidação e melhoria dos serviços de saúde oferecidos pelo sistema nacional público.

Entre os principais desafios que se apresentam, se podem citar o necessário planejamento do sistema de saúde e a pactuação de metas; a regulamentação do processo de avaliação de desempenho e articulação com a política de educação permanente, de acordo com as metas pactuadas; a valorização do trabalho em equipe como indicador importante do desempenho profissional; e a inserção de todos os profissionais que trabalham na saúde, inclusive administrativos e agentes de saúde.

Dessarte, o processo de implantação de um plano de carreira não deve ser entendido como uma peça neutra, isto é, passível de ser justificado apenas pela racionalidade administrativa. Ele sempre terá, também, um caráter político, econômico, social e cultural.

Sem dúvidas, longe do esgotamento do tema, são necessárias novas aproximações no sentido de desvelar e mapear as diferentes experiências em voga, no Brasil e em países com sistemas universais de saúde, questionando, especialmente, a função do estado na regulação das profissões e do trabalho em saúde, cujas interfaces recaem sobre a gestão do trabalho.

## Colaboradores

Sweelen de Paula Vieira trabalhou na concepção, coleta e interpretação dos dados, e na redação do artigo. Celia Regina Pierantoni trabalhou na concepção, interpretação dos dados, redação do artigo e na aprovação da versão final. Carinne Magnago trabalhou na concepção, coleta e interpretação dos dados, na redação do artigo e aprovação final. Tania França trabalhou na concepção, coleta e interpretação dos dados, e na aprovação da versão final. Rômulo Gonçalves de Miranda trabalhou na coleta e interpretação dos dados, e na aprovação da versão final. ■

## Referências

- ARONI, F. *Carreira: visão acadêmica e práticas do mercado de trabalho* relatadas pela publicação Guia Você S/A Exame 'As melhores empresas para você trabalhar'. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- BRAGA, D. G. *Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília, DF: Conass, 2004. (Conass Documenta; v. 1). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documental.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série J. cadernos – MS). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob\\_rh\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. *Bases para o aperfeiçoamento das ações integradas de saúde como estratégia para a reforma sanitária brasileira*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993. (Cadernos RH Saúde; v. 1, n. 1).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Saúde, trabalho e democracia: a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série D. Reuniões e Conferências); (Série Cadernos Metropolitanos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0146\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0146_M.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Prêmio InovaSUS 2012/2013: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2015/maio/21/livro-inova-sus-2012-2013-21052015.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Protocolo nº 006/2006*. Aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto\\_mesa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto_mesa.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- CAMPOS, K. C. L. *Construção de uma escala de empregabilidade: competências e habilidades pessoais, escolares e organizacionais*. 2006. 172 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- CASTRO, J. L. Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 86-101, mar./jun. 2012.
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A percepção dos gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Cereus*, Gurupi, v. 6, n. 1, p. 3-18, jan./abr. 2014.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p: 1293-311, 2012.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (OBSERVARH-IMS/UERJ). Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS*. Rio de Janeiro: ObservaRH-IMS; UERJ, 2014. Disponível em: <[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11\\_5\\_2015\\_0\\_Sumario\\_Executivo\\_Avaliacao\\_de\\_Politicass\\_e\\_Programas\\_Nacionais.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_5_2015_0_Sumario_Executivo_Avaliacao_de_Politicass_e_Programas_Nacionais.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2017.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PIERANTONI C. R.; GARCIA, A. C. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. *Human Resources for Health*, London, v. 9, n. 12, 2011.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 94-108, out. 2014.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

SILVA, N. D. *Sistema nacional de negociação permanente do SUS: um instrumento de gestão do trabalho na saúde*. 2012. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em janeiro de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – processo nº 552745/2011-1



# Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho

*Public management models of Pernambuco Health Department: implications for labor management*

Vanessa Gabrielle Diniz Santana<sup>1</sup>, Pedro Miguel dos Santos Neto<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Trata-se de um estudo de caso único com enfoque incorporado de base qualitativa, exploratório e retrospectivo, cujo objetivo foi analisar como a gestão do trabalho em saúde é praticada em diferentes modelos de gestão pública no estado de Pernambuco, estudando dois hospitais: um gerenciado por Organização Social de Saúde e o outro sob gestão direta. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, além de análise documental no período de 2007 a 2013. O estudo apontou que o modelo de gestão pública se deu a partir da necessidade de expansão da rede de saúde; além de que existe uma Política de Gestão do Trabalho implantada na Secretaria Estadual de Saúde, com disparidade nos hospitais estudados.

**PALAVRAS-CHAVE** Organização social. Recursos humanos. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *This is a single case study with a built-in focus of qualitative basis, exploratory and retrospective, whose aim was to analyze how the health work management is practiced in different models of public management in the State of Pernambuco, studying two hospitals: one managed by Social Health Organization and the other under direct management. Semi-structured interviews were conducted, as well as document analysis for the period 2007 to 2013. The study pointed that the public management model was based on the need of the health network expansion; besides that, there is a Labor Management Policy implemented in the State Department of Health, with disparity in the hospitals studied.*

**KEYWORDS** *Social organization. Human resources. Health management.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.  
vgds@hotmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.  
pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

## Introdução

A gestão do trabalho em saúde é uma questão que tem merecido relevância em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais (ARIAS, 2006). Pensar em gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (MACHADO, 2000).

Conforme expresso na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a área de gestão do trabalho em saúde passou a ser considerada como uma das questões mais complexas do Sistema Único de Saúde (SUS). A norma enfatiza a centralidade do trabalho, afirmando a necessidade da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho para o fortalecimento dos ideais da Reforma Sanitária, e identifica a necessidade de um resgate da gestão do trabalho em saúde como política pública; além disso, retoma a expectativa de que os trabalhadores atuem como agentes de mudança da prática no setor público (BRASIL, 2002).

A gestão do trabalho em saúde é um tema central, pois, a força de trabalho desempenha um papel fundamental na produção e utilização dos serviços de saúde. Trata-se também de um tema complexo por não ser uma ciência exata e pelos resultados serem dependentes de um grande número de fatores. O sucesso das ações de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, competências, distribuição, treinamento e condições de trabalho dos profissionais da saúde (DUSSAULT; SOUZA, 1999).

O mundo contemporâneo vem experimentando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de

gerência, (re)omeando e (res)significando a gerência de recursos humanos para a gestão de pessoas no sentido de humanizar a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade. Ou seja, desenvolver novos estilos gerenciais, visto que as formas tradicionais já não respondem às exigências de competitividade no mercado. Ao trabalhador, são imputados novos atributos via ampliação de seus conhecimentos e busca pela polivalência funcional, para garantir espaços no mundo cada vez mais restrito de oportunidades de emprego (PIERANTONI ET AL., 2008).

Este estudo foi realizado na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) que conta com um quadro de 25.211 profissionais de saúde, contém 185 Municípios, tem uma área de 98.311.616 Km<sup>2</sup> e possui uma população de 8.796.032 habitantes (PERNAMBUCO, 2014B).

O estado de Pernambuco é dividido em 4 macrorregiões de saúde; 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres); 23 hospitais da rede própria, 9 hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), sendo 6 que foram passados de gestão direta para gerenciamento por OSS e 4 novos hospitais metropolitanos inaugurados já com esse tipo de gerenciamento a partir de 2010; além de 14 Unidades de Pronto Atendimento (Upas) e 9 Unidades Pernambucana de Atenção Especializada (Upae) (PERNAMBUCO, 2013A).

A partir de 2006, com a gestão do governador Eduardo Campos, veio a proposta de construção de hospitais que fossem gerenciados por OSS. Para a construção e a aquisição dos equipamentos das unidades gerenciadas pelas OSS, foi utilizado recurso do governo estadual. Nesses casos os profissionais de saúde também são contratados pelas OSS conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Salienta-se que a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde na SES/PE existe apenas para as unidades sob gestão direta e, nas unidades sob gerenciamento

das OSS, é de competência da organização instituí-la ou não. O objetivo deste artigo é analisar como a gestão do trabalho em saúde é praticada nos diferentes modelos de gestão pública em dois hospitais que estão sob a responsabilidade da SES/PE.

## Métodos

Trata-se de um estudo de caso único com enfoque incorporado de base qualitativa, exploratório e retrospectivo. Para o desenvolvimento da análise proposta, foram coletados dados referentes ao período de 2007 a 2013. A opção por esse período coincidiu com a implantação do novo modelo de gestão no estado de Pernambuco e com o início do governo de Eduardo Campos.

De acordo com Yin (2001), estudo de caso único é aplicado para testar uma teoria bem formulada, seja para confirmá-la, seja para contestá-la, seja ainda para entender a teoria. Nesse caso, o estudo deve satisfazer todas as condições para testar a teoria. Outra aplicação desse estudo é quando o caso único se mostra revelador, quando o pesquisador tem a chance de observar um fenômeno anteriormente inacessível à investigação científica. Outra aplicabilidade do estudo é quando ele é utilizado como introdução a um estudo mais apurado ou, ainda, como caso-piloto para a investigação. Dessa forma, as três aplicações em questão, o estudo de caso único foi aplicado neste estudo, já que serviu para testar a teoria de que há diferenciação entre os modelos de gestão implantadas nas unidades de saúde sob gestão direta e nas unidades sob gestão OSS, além de que serviu também para entender como está sendo praticada a gestão do trabalho em saúde no estado de Pernambuco. Este estudo é revelador já que não existia um estudo sobre as OSS e gestão do trabalho no referido estado.

Ainda de acordo com Martins (2008), o estudo de caso incorporado é aquele no qual a situação é avaliada a partir de diferentes

unidades ou níveis de análise, que podem ser setores diferentes de uma determinada instituição (setor de vendas e setor de produção, por exemplo), podem ser atividades (processo de planejamento e processo de implantação, por exemplo). Cada um dos níveis de análise ou unidades pode ser feito com critérios distintos. Neste estudo, foram analisadas duas unidades hospitalares a partir dos seguintes critérios de análise: contexto, processo, conteúdo e atores.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. Aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2002).

Com o intuito de contemplar as categorias de análise e suas variáveis, para obtenção dos objetivos do estudo, foi necessário lançar mão de duas formas de análise de dados: análise documental e análise do conteúdo narrativo das entrevistas.

A análise documental buscou identificar nas fontes utilizadas informações relevantes para a compreensão da análise da política de gestão do trabalho em saúde, além de entender como os diferentes modelos de gestão surgiram e estão postos na SES/PE.

Para a análise do conteúdo das entrevistas semiestruturadas, que foram aplicadas aos informantes-chave, utilizou-se o método de análise de políticas de Walt e Gilson (1994) em que as categorias de análise estudadas são: contexto (político, econômico, social e serviços de saúde), conteúdo (programas, projetos, propostas e objetivos), processo (entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação) e atores (individuais e institucionais).

A partir das entrevistas e dos documentos analisados, foram identificados nos dois hospitais estudados os diferentes modelos de gestão pública e como estes modelos implicam a gestão do trabalho em saúde considerando as fases desenvolvidas no dia a dia

organizacional, verificando como o recrutamento e seleção, a aplicação/lotação, o desenvolvimento e a avaliação são impactados pelos diferentes modelos administrativos adotados pela SES/PE.

Foram utilizados os quatro elementos de análise. No 'contexto', foram identificadas a Política de Saúde e Política de Gestão do Trabalho, a legislação vigente e as unidades de saúde com seus diferentes modelos de gestão; no 'processo', foram identificados como o modelo de gestão foi viabilizado, como os profissionais foram lotados nas unidades de saúde, além das formas de desenvolvimento dentro das unidades de saúde, a partir do Ciclo utilizado por Malik; no 'conteúdo', os contratos de gestão, além de o que e como a SES/PE cobra dos entes contratados para gerir as unidades de saúde; nos 'atores', foram identificados os implementadores da Política de Gestão do Trabalho na SES/PE e os trabalhadores de saúde das duas unidades pesquisadas. Em relação aos atores, neste artigo não serão abordados os resultados encontrados.

No Processo da Política, foram utilizadas como indicador as fases do desenvolvimento do dia a dia organizacional proposto por Malik (1998), observando o Suprimento/recrutamento, Desenvolvimento e Avaliação. No suprimento, foram descritas todas as formas de inserção nas unidades, formas de contratação entrada e saídas dos profissionais; no Desenvolvimento, destacaram-se as iniciativas de capacitação, formação, educação em saúde realizada pelas unidades; na Avaliação, foi estudado como é realizada a Avaliação de Desempenho (AD) dos profissionais assim como os incentivos ofertados.

Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas individuais com gestores das unidades pesquisadas, sendo suficientes para a análise qualitativa do estudo. Foi entrevistado o secretário executivo de gestão do trabalho e educação na saúde, diretores das duas unidades estudadas além de outro gestor que foi escolhido pelo diretor da Unidade. No

Hospital Otávio de Freitas (HOF), foi escolhido o gestor de enfermagem, e no Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar (HMNMAA), o diretor médico. O secretário executivo de atenção à saúde estava previsto para ser entrevistado, porém ele solicitou que a assessora técnica respondesse à entrevista. A escolha pelos profissionais em questão foi definida com vistas a compreender a Política de Gestão do Trabalho nos diferentes modelos de gestão.

É importante destacar que, como as entrevistas foram semiestruturadas, foi possível uma adaptação das perguntas conforme a evolução das entrevistas. Ressalta-se que apenas uma pessoa entrevistou todos os gestores.

Também foi realizada a pesquisa documental, analisando documentos sobre a política estadual, análise de políticas, modelos de gestão, gestão do trabalho em saúde. Para Godoy (1995), a pesquisa documental é aquela realizada com base em documentos ou com pessoas, mediante registros, atas, circulares, jornais, revistas, ofícios, entre outros tipos de documentos. Nessa modalidade de pesquisa, é feito o exame e tratamento analítico desses documentos escritos.

Este trabalho foi desenvolvido obedecendo aos preceitos éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e foi submetido, e aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CPQAM), sob o parecer nº 679.351. A SES/PE forneceu Carta de Anuência para a realização do estudo.

## Resultados e discussão

A Reforma Gerencial no Brasil foi introduzida em 1995, quando foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). Seu titular, Luiz Carlos Bresser Pereira, estava afinado com o pensamento internacional na área de administração pública. Aliado político de Fernando

Henrique Cardoso de longa data, Bresser teve plena liberdade para montar sua equipe ministerial, o que lhe permitiu a formulação de uma proposta inovadora cujos temas da agenda política incluíram: a) ajuste fiscal, com redução do gasto público; b) reformas econômicas orientadas para o mercado, com ênfase na privatização de empresas estatais; c) reforma da previdência social; d) reforma do aparelho do Estado e maior capacidade de governo ou governança (BRESSER-PEREIRA; SPINK, 1998).

Em Pernambuco, a primeira lei que instituiu as OSS e também as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) foi publicada em 2000, no governo de Jarbas Vasconcelos, sendo aprovada pela Assembleia Legislativa. O modelo de gerenciamento via OSS adotado pela SES iniciou apenas em 2010, com a inauguração do HMNMAA. Em 2013, foi publicada a Lei nº 15.210 que dispõe sobre as OSS no âmbito do estado de Pernambuco e que rege todo o funcionamento e monitoramento dos contratos de gestão celebrados entre a SES e a OSS (PERNAMBUCO, 2013C).

As Organizações Sociais (OS) foram criadas por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, reeditada sete vezes, convertida na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Poderão ser qualificadas como OS, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1997).

Na condição de entidades de direito privado, as OS tenderão a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que representa, entre outras características: a contratação de pessoal nas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento (BRASIL, 1997).

A SES/PE adotou o modelo de gestão com o gerenciamento das unidades hospitalares por OSS a partir de vários fatores, entre eles, os que mais se destacaram nas entrevistas foram: decisão política, necessidade de contratação de pessoal para além da Lei de Responsabilidade Fiscal, superlotação dos hospitais em 2006 e necessidade de expandir a rede de saúde com contratação de pessoal de forma imediata.

Conforme Correia (2008), a administração dos serviços públicos de saúde passou a se pautar por medidas de flexibilização, visando maximizar a relação custo/benefício, resultando na privatização e na terceirização dos serviços de saúde, e também no repasse de serviços e recursos públicos para OS, Oscips, fundações de apoio e cooperativas de profissionais de medicina. O resultado foi a ampliação da oferta de serviços de saúde no setor privado.

Ressalta-se que, de fato, há a dificuldade de contratação de pessoal devido à Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar nº 101, de 4 de maio 2000, que prevê que a despesa total com pessoal, em cada período de apuração no Estado, não poderá exceder 60% da receita corrente líquida (BRASIL, 2000). Foi observado a partir das entrevistas que a OSS veio como um modelo que atendia a essa necessidade de expansão da rede, sem expandir gasto com folha de pessoal do tesouro; ela respondia a uma possibilidade de flexibilizar a contratação.

O primeiro contrato de gestão foi celebrado em 25 de novembro de 2009, entre a SES e a Fundação Professor Martiniano Fernandes – Imip Hospitalar, para operacionalizar a gestão hospitalar e executar ações e serviços de saúde no HMNMAA.

Campos (2007) define o contrato de gestão como uma modalidade de relação interinstitucional com grande potencialidade. Primeiro, porque explicita os programas concretos de cada gestor; segundo, introduz em alguma medida uma modalidade real de cogestão sem diminuir a autonomia e a

responsabilidade do encarregado pela execução da atenção à saúde; terceiro, define com clareza a responsabilidade sanitária de cada ente federado; e, ainda, institui um sistema regular de avaliação de resultados bastante vinculado à dinâmica da própria gestão. O autor ainda cita que o contrato pode ser utilizado tanto entre entes federados como também entre o gestor local e o prestador de serviços.

Ressalta-se que o imóvel e os bens móveis são pertencentes à SES e que compete à OSS assegurar a organização, administração e gerenciamento do Hospital, o provimento dos insumos (materiais) e medicamentos e a garantia do quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços contratualizados, podendo o estado intervir na administração da unidade hospitalar, caso haja risco quanto à continuidade dos serviços de saúde.

Na Lei nº 15.210/2013, foi instituído que o prazo de vigência do contrato de gestão pode ser estendido em até dez anos, desde que restem demonstradas as vantagens da medida e o pleno atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pela autoridade máxima do órgão supervisor do contrato de gestão (PERNAMBUCO, 2013C).

Em relação aos servidores públicos efetivos estaduais, eles poderão ser cedidos às OSS, sendo mantido o seu vínculo com o estado, nos termos do estatuto dos servidores (Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968), computando-se o tempo de serviço prestado para todos os efeitos legais, inclusive promoção por antiguidade e aposentadoria, está vinculada ao desconto previdenciário próprio dos servidores públicos do estado. A Lei ainda abrange que o servidor poderá, a qualquer tempo, mediante requerimento ou por manifestação da OSS, ter sua cessão cancelada. Além de que o servidor público cedido poderá receber da OSS estímulo remuneratório por resultados, por meio de recursos próprios da entidade, que não serão

incorporados à remuneração (PERNAMBUCO, 1968; PERNAMBUCO, 2013C).

Na SES/PE, existem oito OSS contratualizadas: Imip Hospitalar, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Maria Lucinda, Hospital do Tricentenário, Fundação Altino Ventura, Hospital do Câncer, Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Surubim (Apami), Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (Ipas). Essas OSS administram 9 hospitais, 14 Upas, 9 Upae, com um total de recursos investidos, com contratos de gestão, no valor de R\$ 713.643.307,44 ao ano em 2014 (PERNAMBUCO, 2014A).

De acordo com Campos (2007), esse novo desenho para a administração direta deveria resolver alguns dos entraves já identificados e decorrentes da atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular. Assim, esses hospitais e organizações do SUS poderiam incorporar, entre outras, as seguintes características: maior autonomia e integração ao sistema, mediante contratos de gestão; financiamento misto (parte fixa e outra variável); conselho gestor; direção executiva composta mediante critérios técnicos e seleção pública, com mandato, e não como cargos de confiança; nova política de pessoal com a possibilidade de alguma modalidade de contratação do tipo emprego público, com carreiras e AD (remuneração mista); políticas de recrutamento e de educação continuada estadual e nacional.

Foram estudados dois Hospitais da SES; o HOF e o HMNMAA, pertencentes ao estado de Pernambuco. O HOF sob o gerenciamento da SES, e o HMNMAA tem a sua administração gerencial centrada na OSS.

Ambos os hospitais estudados são de alta complexidade e possuem emergências que devem ser referenciadas pelas Upas, Central de Regulação e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). O HOF pertence à gestão estadual direta, possui 652 leitos, 1.695 profissionais, sendo referência em



Urologia e no tratamento de doenças respiratórias, em especial a tuberculose (PERNAMBUCO, 2013B). O HMNMAA é um grande hospital de trauma e foi o primeiro, na rede pública de saúde, a adotar o modelo de gestão via OSS, possui 180 leitos, 977 profissionais, e é referência estadual em endoscopia digestiva e traumatologia (PERNAMBUCO, 2013B).

O modelo atualmente vigente na administração direta para a gestão de hospitais e serviços especializados se caracteriza por rigidez na execução orçamentária, emperramento na administração de pessoal, excessiva interferência político-partidária. Tudo isso tem levado grande número de serviços públicos à burocratização e mesmo à degradação organizacional. Ao longo dos anos, gestores inventaram estratégias para contornar parte dessas dificuldades, uma delas é delegar a gestão dos hospitais a entidades civis privadas, criando-se leis e normas que permitiram a existência de OSS ou Oscip integradas à rede do SUS. Esta última linha de mudança indica uma desistência da administração direta, já que investe em modalidades de gestão com base em contratos entre o gestor – restrito ao papel de regulador – e entes privados sem fim lucrativos (CAMPOS, 2007).

Alguns resultados díspares encontrados nos dois hospitais, no que se refere à gestão do trabalho em saúde, estão descritos logo abaixo.

Em relação à ‘contratação/formas de inserção’ dos profissionais nos serviços de saúde, destacam-se no HOF: concurso público, seleção pública simplificada, cooperativas de anestesiologia e terceirizados. Ainda existe outra forma que não é computada como entrada no serviço, e sim como forma de reposição imediata/rápida de servidores que é o plantão extraordinário.

O concurso público é amparado pela Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 37 e também pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco, Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968. Os últimos concursos públicos da SES aconteceram, em

2013, apenas para médicos e, em 2014, para os outros profissionais de saúde (BRASIL, 1988; PERNAMBUCO, 1968).

As seleções públicas simplificadas são regidas pela Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011. Para tanto, os profissionais de saúde passam por um processo seletivo simplificado de provas e currículo ou apenas análise curricular e, após aprovação, são contratados para atender às necessidades de excepcional interesse público. Esses profissionais são contratados por tempo determinado, podendo as contratações ser prorrogadas por um período de até seis anos (PERNAMBUCO, 2011).

Conforme dados da SES, de janeiro de 2011 até dezembro de 2014, foram realizadas 61 seleções públicas simplificadas para diversos cargos de saúde, sendo contratados mais de 5 mil profissionais.

O plantão extraordinário ainda não está amparado em nenhuma legislação, porém existe a necessidade de reposição rápida e emergencial dos profissionais nas unidades de saúde, pela ausência de servidores em plantões críticos. Esse tipo de reposição acontece nas unidades hospitalares, conforme dados das entrevistas realizadas.

Morici e Barbosa (2013), estudando hospitais de Belo Horizonte, relataram que o ingresso nas instituições administradas segundo as regras públicas se dá prioritariamente por meio de concursos públicos. Esse processo seletivo claramente não é capaz de suprir a assistência com profissionais capacitados com a agilidade necessária, uma vez que os concursos não são realizados regularmente e, quando realizados, são processos morosos, compostos de várias etapas. Nas instituições administradas segundo as regras públicas, a falta de provisão de profissionais aprovados em concurso faz com que seja necessária a contratação de trabalhadores por meio de outros vínculos mais flexíveis, garantindo assim o número adequado de profissionais para o atendimento assistencial. Essa contratação contraria as leis vigentes, mas é vista como única alternativa para o

pleno funcionamento das instituições de saúde pesquisadas. Conclui-se, então, que a tentativa de garantir o ingresso justo de profissionais mediante a realização de concursos públicos, por sua própria ineficiência, gera uma situação paralela de contratação irregular.

Além das formas acima, no HOF, existe empresa terceirizada para a contratação de pessoal, no regime CLT, na área de limpeza, recepção e administração.

Em relação à seleção de profissionais para o HMNMAA, todo o Processo Seletivo é realizado pela OSS que convoca e encaminha para o hospital, contratando por meio do regime CLT.

Foi observado que existe uma alta rotatividade de profissionais no HMNMAA já que existe uma maior facilidade no ato de contratar e demitir. Foi constatado também que existe poder de barganha nos salários ofertados, por exemplo, se paga mais aos profissionais cuja especialidade se encontra escassa no mercado de trabalho.

Morici e Barbosa (2013) corroboram o fato acima ao citar que a remuneração foi diferente nos dois grupos estudados: nos hospitais administrados segundo as regras públicas os salários estão definidos em tabela negociada com o sindicato ou por lei específica, e nos hospitais administrados segundo as regras privadas eles são definidos de acordo com o mercado.

Para o 'desenvolvimento', destacam-se o incentivo às iniciativas de capacitação, promovidas pelas próprias instituições, mediante o aproveitamento de habilidades e de conhecimentos de servidores do quadro de pessoal; o apoio ao servidor público em iniciativas de capacitação, voltadas para o desenvolvimento das competências institucionais e individuais; a garantia de acesso dos servidores a eventos de capacitação interna ou externa ao seu local de trabalho; o incentivo à inclusão das atividades de capacitação como requisito para a promoção do servidor na carreira; e a complementaridade entre o

resultado das ações de capacitação e a mensuração do desempenho, as quais constituem diretrizes que reforçam um novo olhar para o desenvolvimento (BRASIL, 2009).

A educação permanente acontece nos hospitais e nas clínicas das unidades sob gestão direta. Existe o eixo do desenvolvimento profissional, o eixo da educação permanente que tanto atua numa perspectiva de educação continuada, voltada para as questões de habilidades e competências de uma determinada demanda, como também para a reorganização do processo de trabalho. Além de que, nas ADs, existem indicadores de incentivo à formação (cursos) e preceptoria que refletem a educação permanente.

Em relação à Política de Educação Permanente na gestão do HMNMAA, o que se pode interpretar das entrevistas é que existem algumas ações de forma incipiente, não sistemática, que fica sob a responsabilidade da OSS, além das atividades dentro da própria unidade, não havendo responsabilização pela SES/PE.

A temática da 'avaliação em saúde' vem sendo alvo de considerações constantes, uma vez que traz implicações em relação ao papel do Estado, tanto quanto formulador e gestor de políticas públicas, quanto na responsabilidade pela geração de informações sólidas apropriadas à abordagem desse complexo objeto. A política de recursos humanos dispensa tratamento diferenciado às ADs, utilizadas até então por grande parte dos gestores como o cumprimento de uma obrigação burocrática desgastante. O que se busca hoje é tornar a AD um instrumento de gestão, útil para o gestor, o servidor e a sociedade, a quem se destinam os serviços públicos. O papel da gestão de pessoas é ter mecanismos que possibilitem aos servidores atingirem suas metas e que elas se coadunem com as metas da sociedade, objeto de serviços (BRASIL, 2009).

A AD dos servidores da SES está dividida em três macrocomponentes: Avaliação de Desempenho em Estágio Probatório,

Avaliação de Desempenho para progressão na carreira no Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos e Avaliação de Desempenho para recebimento da Gratificação de Desempenho.

Esses três macrocomponentes acontecem dentro do HOF de forma periódica, porém no HMNMAA não há AD de forma sistemática e com instrumentos próprios.

## Conclusões

Observou-se, no modelo de gestão pública adotado pelo governo do Estado de Pernambuco, a existência de unidades de saúde sendo gerenciadas diretamente pela Administração Pública e de outras por OSS, sendo viabilizado porque existe arcabouço jurídico no SUS, além de ter recursos financeiros instituídos em nível estadual e nacional.

Chama a atenção que a maior motivação da inserção da OSS na SES foi a contratação dos funcionários por meio do regime CLT, pois não contam para o limite fiscal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, visto que eles não são empregados diretos do Estado, e sim das OSS contratualizadas.

Em relação à Política de Educação Permanente, esta acontece nas unidades sob gestão direta, porém não está instituída na gestão do HMNMAA, ficando sob a

responsabilidade da OSS, sem um direcionamento da SES. Os entrevistados relataram que há uma dificuldade para o desenvolvimento da Política de Educação Permanente por causa da rotatividade dos profissionais.

Diante do exposto, percebe-se que existe uma Política de Gestão do Trabalho implantada na SES, porém com disparidade quando comparados os dois hospitais estudados.

Finaliza-se com algumas recomendações a serem realizadas e incorporadas aos contratos de gestão entre a SES e as OSS: a incorporação de planos de trabalho para os trabalhadores bem definidos com a incorporação de progressões baseadas em tempo de serviço e ADs periódicas; políticas de recrutamento e de educação permanente; avaliações que incorporem a valorização e desenvolvimento dos servidores na instituição inclusive com a diminuição da rotatividade desses funcionários; salários paritários entre as diversas OSS para não haver disputa de mercado; construção de uma agenda de ações de educação permanente e valorização dos trabalhadores das unidades sob gestão OSS no planejamento da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; entre outras ações que sejam pertinentes para os trabalhadores do SUS.

Por fim, entende-se que o tema estudado não se esgotou, e sim gerou hipóteses para futuras pesquisas. ■

## Referências

- ARIAS, E. H. L. *et al.* Gestão do Trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 112-117, mar. 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1998. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- \_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 4 maio 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 968, de 11 de dezembro de 2002. Atualizar, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares – SIA e SIH/SUS. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 11 dez. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-968.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- \_\_\_\_\_. Secretaria da Reforma do Estado Organizações Sociais. Secretaria da Reforma do Estado. *Organizações Sociais*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da reforma do estado, v. 2).
- BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). *Reforma do estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.
- CORREIA, M. V. C. Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 11., 2008, São Luís. *Anais...* São Luís: Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social, 2008. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/692218689/name/Arquivo2.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2010.
- DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. *Gestão de recursos humanos em saúde*. Montreal: Universidade de Montreal, 1999. Disponível em: <<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206831/Dussault%20e%20De%20Souza.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.
- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-46, jul./ago. 2000.
- MALIK, A. M. *et al.* *Gestão de Recursos humanos*. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v. 9).
- MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18 jan./abr. 2008.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A Gestão de Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um

estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro v. 47, n. 1, p. 205-225, jan./fev. 2013.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968. Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco. *Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco*, Recife, 13 mar. 1973. Disponível em: <[http://www.portaisgoverno.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=7c9a503b-c049-4adb-8161-12676632099c&groupId=199085](http://www.portaisgoverno.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=7c9a503b-c049-4adb-8161-12676632099c&groupId=199085)>. Acesso em: 20 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender às necessidades de excepcional interesse público de que trata o inciso VII do art. 97 da Constituição Estadual. *Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco*, Recife, 22 dez. 2011. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=14547&complemento=0&ano=2011&tipo=TEXTTOATUALIZADO>>. Acesso em: 21 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. *Institucional*. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/>>. Acesso em: 20 ago. 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. *Hospital Metropolitano Norte-Miguel Arraes de Alencar*. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/hospital-metropolitano-norte-%E2%80%93-miguel-arraes-de-alencar/>>. Acesso em: 20 ago. 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde – OSS no âmbito do Estado de Pernambuco. *Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco*, Recife, 20 dez. 2013c. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=15210&complemento=0&ano=2013&tipo=>>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. *Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco: mais uma alternativa para consolidação do SUS*. Recife, 2014a. Apresentação em Power Point.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. *Diretoria Geral de Gestão do Trabalho*. Recife, jun. 2014b.

PIERANTONI, C. R. *et. al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Plannin*, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016  
Versão final em fevereiro de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Bombeiros militares: um olhar sobre a saúde e violência relacionados com o trabalho

*Military firefighters: a gaze at the health and the violence related to work*

Natália Teixeira Mata<sup>1</sup>, Luiz Antonio de Almeida Pires<sup>2</sup>, Renato José Bonfatti<sup>3</sup>

**RESUMO** O presente artigo tem como objetivo refletir acerca da saúde do trabalhador e da violência relacionada com o trabalho a partir do movimento protagonizado por bombeiros militares do Estado do Rio de Janeiro em 2011. A pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio dos registros dos atos públicos da categoria, utiliza a técnica de análise de conteúdo para tratamento e interpretação do material. Os resultados apontam que os trabalhadores reivindicam condições dignas de trabalho. A violação desse direito pode ser considerada uma forma de violência no ambiente de trabalho e impactar negativamente na saúde, na vida e na própria ocupação profissional do trabalhador em questão.

**PALAVRAS-CHAVE** Violência. Bombeiros. Saúde do trabalhador. Violência no trabalho.

**ABSTRACT** *This article aims to reflect about the worker health and work-related violence from the movement played by military firefighters in the state of Rio de Janeiro in 2011. The qualitative research, developed through the records of public events of the category, uses content analysis technique for processing and interpretation of the material. Results show that the workers demand decent working conditions. The violation of such right can be considered a form of violence in the workplace and negatively impact the health, life and the very occupation of the worker at stake.*

**KEYWORDS** *Violence. Firefighters. Occupational health. Workplace violence.*

<sup>1</sup>Fundação da Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nataliateixeira.psi@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação da Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luizseso@hotmail.com

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. renato.bonfatti@gmail.com



## Introdução

Quem salvaguarda a vida dos bombeiros? Os atos públicos protagonizados por trabalhadores dessa categoria que luta pela preservação da vida constituem-se como objeto principal de análise no presente estudo. O objetivo central deste artigo é refletir sobre a saúde do trabalhador e sobre a violência no trabalho a partir do movimento dos trabalhadores do Corpo de Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), ocorrido em 2011, que almejou melhores condições de trabalho, saúde e vida desses profissionais.

O movimento surgiu por meio de uma aparente situação de precariedade no ambiente de trabalho vivenciada por essa categoria de trabalhadores. A precarização do trabalho cada vez mais se torna um problema social para diversas áreas, entre elas, a saúde do trabalhador (EDERHRDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015). No contexto brasileiro, a perda e a violação de direitos trabalhistas intensificam esse cenário que atinge diferentes categorias profissionais e pode ser compreendida como uma forma de violência.

No Brasil, o trabalho está circunscrito enquanto um direito na Constituição Federal de 1988 em seu 6º artigo (BRASIL, 1988). Entretanto não se garante que ele seja realizado em ambientes salubres ou em condições que respeitem outros direitos constitucionais, tais como a saúde e a dignidade, ambos componentes importantes para o campo da saúde do trabalhador e previstos em lei.

No caso dos bombeiros militares, a literatura científica aponta que um amplo leque de doenças vem se manifestando nessa categoria em decorrência de suas atividades de trabalho. Segundo Pires (2016), esses trabalhadores estão desenvolvendo doenças osteomusculares, do aparelho circulatório e transtornos mentais e comportamentais. Estes últimos, de acordo com Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), podem ser atribuídos a um ambiente de trabalho precarizado.

As repercussões negativas na saúde dos bombeiros podem ocorrer em função da violação de direitos no ambiente de trabalho? Observa-se que, na série de manifestações e passeatas públicas, os trabalhadores reivindicavam principalmente um direito constitucional fundamental da pessoa humana, que é a dignidade. Para os bombeiros, isso está atrelado a melhores condições de trabalho, transcendendo a questão salarial, ou seja, abrangendo a saúde e sua relação com o exercício da atividade laborativa.

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido a partir da técnica de análise de conteúdos para interpretação do material. Para tal, utilizaram-se, como fonte, os registros históricos das reivindicações do coletivo organizado de bombeiros militares do Estado do Rio de Janeiro disponibilizados em duas páginas virtuais. Os endereços eletrônicos (SOSBOMBEIROS, 2011; SOSBOMBEIROS RJ, 2012) funcionam como instrumento de divulgação do pleito e atos públicos da categoria iniciados em 2011.

Ressalta-se que o artigo é fruto de um trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, realizado no ano de 2013. A pesquisa desenvolvida não teve qualquer tipo de suporte financeiro, além disso, não houve conflito de interesse. Por se tratar de dados secundários, não houve a necessidade da avaliação por comitê de ética.

No que se refere aos métodos, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). O autor afirma que esse tipo de técnica é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a 'discursos', e seu objetivo é a descrição e interpretação dos conteúdos das mensagens. Diante dos dados históricos do movimento dos trabalhadores bombeiros militares que serão apresentados,

julga-se que tal procedimento metodológico se aplica de forma relevante para a compreensão e interpretação do material obtido.

Minayo (2014) ressalta que a análise de conteúdo é a expressão mais comum usada para referir-se ao tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, contudo a autora enfatiza que essa metodologia é muito mais do que apenas um procedimento técnico, é parte da trajetória histórica, teórica e prática do campo das investigações sociais.

## Resultados e discussão

### Um breve histórico da luta dos bombeiros

De acordo com o Estatuto dos Bombeiros Militares (RIO DE JANEIRO, 1985), são atribuições específicas desses profissionais: os serviços de prevenção e extinção de incêndios, os serviços de busca e salvamento, a prestação de socorros nos casos de inundações, desabamentos e catástrofes, entre outros. As atividades de trabalho da categoria são essenciais para a manutenção e equilíbrio da vida em sociedade.

A partir de abril de 2011, os trabalhadores do CBMERJ protagonizaram inúmeras manifestações públicas em prol de condições dignas de trabalho. As passeatas ganharam volume, intensidade e tornaram-se constantes. Os atos públicos também tiveram amplo apoio popular, um deles, inclusive, contou com um avião que sobrevoava a orla de Copacabana carregando uma faixa com o dizer: “Bombeiros pedem socorro, população precisamos de vocês!” (SOSBOMBEIROS, 2011).

O coletivo organizado de trabalhadores da instituição montou uma pauta reivindicatória, na qual solicitavam recursos para a execução de suas atividades, como: equipamentos de proteção individual, melhores condições de alimentação nos locais de trabalho e postos para salvamento no mar com

melhor infraestrutura; também pediam o fim das gratificações, um piso salarial inicial de R\$ 3.500,00, plano de carreira único, auxílio transporte de R\$ 350,00, auxílio alimentação, data base e um código de ética alinhado com a Constituição Federal de 1988.

A pauta da categoria é ampla, seus itens permeiam as esferas individual, coletiva, estrutural/organizacional/funcional, econômica e social presentes nas instâncias do trabalho dos bombeiros, sugerindo que as suas atividades ocorrem em um ambiente inadequado e propício a danos à saúde. Segundo Franco *et al.* (2010), o processo de precarização é multidimensional e, por isso, atinge a vida dos trabalhadores dentro e fora do trabalho.

No dia 3 de junho de 2011, houve mais um ato público na frente da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj), em que os trabalhadores mobilizados caminharam até sua Unidade Central. Diante da ausência de representante governamental ou institucional, o coletivo de trabalhadores optou por entrar à força na unidade; o local foi cercado por policiais do Batalhão de Operações Especiais (Bope), que após uma madrugada de negociações sem sucesso invadiu o Quartel Central dos Bombeiros. O episódio culminou com 439 trabalhadores presos, conforme noticiado em mídia impressa, televisiva e on-line.

Em fevereiro de 2012, ocorreu um ato na Cinelândia que reuniu bombeiros, policiais militares e civis; em assembleia, os trabalhadores das três instituições decretaram greve. Mais uma vez, os policiais do Bope fizeram-se presentes, e o episódio terminou com 12 bombeiros e 3 policiais militares presos e levados para o Presídio Bangu I acusados de serem os líderes do movimento.

Alguns dias após o fato acima descrito, uma mudança no regulamento da instituição agilizou os trâmites internos para a apuração de ‘crimes’ cometidos por seus militares, assim, os 12 bombeiros presos foram expulsos da instituição. A partir desse dia, os

trabalhadores empenharam-se para revogar a punição.

O episódio do Quartel Central e da Cinelândia tiveram repercussão internacional. Ao longo de sua trajetória de luta, os bombeiros conseguiram algumas vitórias no campo financeiro como o pagamento de auxílio-transporte no valor de R\$ 100,00 e uma gratificação de R\$ 350,00 que até o final de 2017 será incorporada ao salário. No campo funcional, a categoria conseguiu a retirada dos militares da instituição das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – fato que proporcionou o seu retorno aos quartéis para exercerem suas atribuições finalísticas – e também conseguiu a redução do tempo para a progressão profissional, este último pode gerar um aumento salarial.

Foram criados convênios com outros órgãos do Estado, e, mediante pagamento de uma gratificação, os bombeiros que se voluntariassem poderiam trabalhar como motoristas e brigadistas em hospitais, por exemplo. Criou-se também um programa de reforço do efetivo em que o bombeiro, de forma voluntária, trabalhasse em unidades da instituição com efetivo reduzido, recebendo, para isso, uma gratificação. Tal fato possibilitou que muitos trabalhadores com férias atrasadas pudessem gozar desse direito (SOSBOMBEIROS RJ, 2012).

As mudanças realizadas pelo Estado trouxeram resultados positivos na relação saúde-trabalho-doença da categoria? Tendo em vista que a maioria das medidas adotadas pelo governo foi na esfera econômica, pode-se supor que aumentou a segurança financeira e o poder aquisitivo dos trabalhadores da categoria em questão. Todavia, os serviços extras, mesmo que de forma voluntária como o acima citado, representam uma intensificação do trabalho, fato que pode proporcionar diversos tipos de adoecimento.

A mobilização dos bombeiros por meio dos atos populares possibilitou diversos acontecimentos históricos para a categoria. Em 7 de julho de 2013, o coletivo organizado

inaugurou a Associação de Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro (ABMERJ), que, mesmo recém-criada, luta pelos direitos não somente dos bombeiros, mas também de policiais militares. Em outubro do mesmo ano, a categoria obtém uma nova conquista: os trabalhadores excluídos são reintegrados ao Corpo de Bombeiros.

Nas eleições de 2014, a categoria conseguiu eleger um Cabo como deputado federal e um Major como vereador. Estes, por sua vez, têm a missão de lutar pela efetivação de um ambiente de trabalho mais adequado às especificidades das atividades dos bombeiros militares. A eleição de tais candidatos pôde proporcionar o fortalecimento da categoria e de seu coletivo organizado. Além disso, por meio do controle social, os trabalhadores puderam participar de forma positiva do mandato de seus representantes.

Ante o protagonismo dos bombeiros militares na trajetória de seu movimento por melhores condições de trabalho, saúde e vida, os episódios vivenciados pela categoria caracterizam-se como uma verdadeira luta pela saúde do trabalhador. Vê-se assim um novo capítulo na história dessa instituição que possui mais de 160 anos e participa de inúmeros momentos marcantes da construção do País.

Cabe ressaltar que o breve histórico aqui apresentado contemplou as informações contidas nos dois sites (SOSBOMBEIROS, 2011; SOSBOMBEIROS RJ, 2012) de divulgação do movimento. Observa-se que as reivindicações neles salientadas estão na esfera da relação saúde-trabalho-doença e constituem-se como objeto importante para as análises do campo da saúde do trabalhador.

### **Saúde do trabalhador: um campo em defesa de direitos**

O trabalho, ao longo da história, possuiu inúmeros sentidos. Seu desenvolvimento foi de fundamental importância para a construção das sociedades humanas. Para Marx (2008),

sua relação com o homem é dialética, pois à medida que o trabalhador transforma a matéria bruta da natureza em um produto que tem sentido e valor ao mesmo tempo, transforma-se e dá sentido à sua atividade laborativa.

A relação saúde-trabalho-doença é objeto de estudo do homem desde o século XVII, no qual tem-se Bernardino Ramazzini como precursor na temática. Atualmente, podem-se encontrar estudos dedicados a esse campo em Gracino *et al.* (2016), entre outros; contudo, o entendimento do trabalho em condições não degradantes enquanto um direito humano foi algo duramente conquistado.

Encontra-se o nascedouro do direito trabalhista na Inglaterra no período da revolução industrial. Na época, a jornada de trabalho era muito extensa, as atividades penosas e o ambiente fabril insalubre. Essa conjuntura proporcionou diversos acidentes e mortes colocando o crescimento da produção industrial em risco. É nesse contexto que surge o contrato de trabalho cuja finalidade era a preservação do desenvolvimento da produção por intermédio do prolongamento da vida dos operários para garantir a força de trabalho (VASCONCELLOS, 2011).

A saúde do trabalhador é uma área que segundo Gomez (2011) incorpora disciplinas de outras áreas de conhecimento, tais como: epidemiologia, ergonomia, engenharia, sociologia, psicologia, administração, entre outras, e que por isso se constitui como um campo de conhecimento.

A saúde do trabalhador agrega [...] um amplo espectro de disciplinas. Como campo de saber próprio da saúde coletiva, está composta pelo tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, ao que se somam disciplinas auxiliares como demografia, estatística, ecologia, geografia, antropologia, economia, sociologia, história e ciências políticas, toxicologia, engenharia de produção e ergonomia entre outras. (GOMEZ, 2011, P. 25).

O campo teve como inspiração o Modelo Operário Italiano (MOI) que surgiu na década de 1960 e tinha como característica o protagonismo dos operários e dos seus sindicatos na defesa da saúde, ou seja, a proteção da saúde dos operários não era delegada aos donos das fábricas.

A participação ativa do trabalhador, o conhecimento e a sua autonomia possibilitaram, pouco a pouco, a construção do conceito de não delegação, cujo significado implica não delegar à técnica tradicional e instituída e à gestão político-institucional o direito do controle das condições do ambiente de trabalho. (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011, P. 387).

No Brasil, é possível citar como fatos marcantes de sua construção que reuniu profissionais da área da saúde, intelectuais da academia e diversos segmentos de trabalhadores: o Movimento da Reforma Sanitária, a I Conferência Nacional de Saúde e os primeiros Programas de Saúde do Trabalhador.

Para Mendes e Dias (1991), a saúde do trabalhador supera as práticas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, pois nela os trabalhadores não são compreendidos como objetos das ações de intervenção; eles são formuladores, gestores e protagonistas das intervenções que visam à garantia da atenção, proteção e cuidado de sua saúde.

Para Vasconcellos (2011, P. 409), esse campo de conhecimento

invoca o direito à saúde no seu espectro irrisolto da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais direitos estão subordinados.

A saúde para essa área é compreendida como um direito fundamental que vai para além dos limites existentes nos contratos de trabalho. A saúde do trabalhador está legitimada na Constituição Federal de 1888 e tem o Sistema Único de Saúde (SUS) como palco principal da efetivação de suas ações.

Ao pensar na trajetória histórica do campo da saúde do trabalhador e nas ações protagonizadas pelos militares do CBMERJ, nota-se que ambos almejam a garantia das condições necessárias à preservação da saúde no ambiente de trabalho. Dessa forma, acredita-se estar presente na luta desses trabalhadores o ideário do MOI: “A saúde não se vende e nem se delega: se defende” (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011, p. 388), logo, pode-se caracterizar os episódios dos bombeiros como um movimento em defesa da saúde do trabalhador.

### **Reflexões sobre a violência relacionada com o trabalho**

Há diferentes discussões acerca da terminologia que integra violência e trabalho. Alguns autores mencionam a categoria de violência do trabalho, outros se apropriam da descrição de violência no trabalho e também da violência relacionada com o trabalho. A principal divergência ocorre em função de uma violência ligada ao ambiente de trabalho ou a própria função do trabalhador. Oliveira e Nunes (2008) consideram a violência relacionada ao trabalho e descrevem da seguinte forma:

[...] como toda ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividades concernentes ao trabalho. Também se considerada violência relacionada ao trabalho toda forma de privação e infração de princípios fundamentais e direitos trabalhistas e previdenciários; a negligência em relação às condições de trabalho; e a omissão de cuidados, socorro e solidariedade diante de algum infortúnio, caracterizados pela naturalização da morte e do adoecimento relacionados ao trabalho. (OLIVEIRA; NUNES, 2008, p. 30).

A temática violência vem ganhando cada vez mais visibilidade e trazendo preocupações nas últimas décadas. No Brasil, segundo

Minayo e Souza (1999), é na década de 1980 que esse tema entra com maior ênfase no campo da saúde, buscando maior consolidação nos anos 1990. No que diz respeito às causas externas de morbidade e mortalidade que estão na Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), os acidentes e violência que ocorrem no local de trabalho também são um problema de saúde pública.

A literatura ressalta a importância de pensar sobre os agravos decorrentes de acidentes e violência no trabalho perante a gravidade deles sobre a população. Machado e Gomez (1994, p. 74) compreendem o

acidente como uma forma de violência impõe à área de saúde do trabalhador novas relações no interior da Saúde Pública, bem como interfaces disciplinares e setoriais.

Os autores mencionam a magnitude da mortalidade em função de violências no trabalho na sociedade, salientando a precariedade do reconhecimento e registro nos sistemas de informação.

Dessa forma, refletir sobre a relação acidente-violência-trabalho é crucial para pensar estratégias em defesa da saúde do trabalhador. Em relação às manifestações dos bombeiros militares aqui estudadas, percebe-se que a luta era principalmente em prol da sua saúde e direitos. Para o movimento reivindicatório, a dignidade relaciona-se diretamente com direitos humanos fundamentais, inclusive de um trabalho com condições que não propiciem impactos negativos sobre a saúde dos trabalhadores. Tais princípios são consagrados na Constituição Federal de 1988 reforçando o entendimento que esses direitos e condições devem ser garantidos nos ambientes laborais.

Considera-se a definição de violência abordada pela Organização Mundial da Saúde, como

uso da força física ou poder, em ameaça ou prática, contra si próprio, outra pessoa ou

contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. (OMS, 2002, P. 5).

O histórico de idas e vindas dos bombeiros militares no movimento em busca de melhoria nos recursos de trabalho revela os possíveis dramas da categoria em sua prática laboral que aqui se compreende como sendo um quadro sugestivo de violências relacionadas com o trabalho.

A segurança, saúde e bem-estar dos profissionais como aspectos que pertencem ao desenvolvimento da instituição devem ser considerados na abordagem mais ampla das causas de violência relacionada com o trabalho (OMS, 2002). De modo que pensar na melhoria e ampliação da saúde do trabalhador é também prevenir a violência no local de trabalho, com isso é possível o estabelecimento de um ambiente laboral que não propicie danos à saúde daqueles que realizam suas atividades de trabalho.

Os bombeiros militares constituem uma categoria de trabalhadores que luta para salvar vidas, portanto necessitam das melhores condições de trabalho possíveis para realizar suas atividades laborais de forma satisfatória. A escassez ou limitação de recursos básicos para as práticas laborais são elementos que podem gerar impactos negativos na saúde e vida de profissionais em geral, dessa forma tal situação precária nas condições de trabalho se estabelece como uma forma de violência relacionada com o trabalho.

## Considerações finais

A análise da pauta reivindicatória dos bombeiros militares sugere que a categoria possui condições de trabalho com problemas estruturais, ambientais e de ordem socioeconômica. Esse quadro pode produzir efeitos negativos não somente no

transcorrer de suas atividades, mas também causar agravos em todas as instâncias que envolvem sua saúde e vida conforme mencionado. Cabe ressaltar que foram abordados os episódios protagonizados pelos bombeiros militares em um determinado período e local, portanto o fenômeno observado pode não ocorrer ou ser diferente em instituições com a mesma finalidade em outras localidades do País.

A literatura sobre a situação de saúde da categoria relacionada com o trabalho ainda é pequena no País. Apesar disso, alguns estudos como o realizado por Monteiro *et al.* (2013) e Lima, Assunção e Barreto (2015) apontam que os trabalhadores do Corpo de Bombeiros de outros estados enfrentam problemas de saúde que podem estar relacionados com suas atividades laborais. Dessa forma, identifica-se a necessidade de aprofundamento da temática, ou seja, a realização de um estudo exploratório em que seja possível ouvir os pontos de vistas desses profissionais e da instituição.

O contexto de carência de recursos materiais, estruturais e socioeconômicos no cotidiano de diversos segmentos profissionais, sejam eles formais ou não, pode afetar a saúde física e psicológica dos trabalhadores, propiciando o surgimento de doenças crônicas, psicossomáticas, além de acidentes de trabalho e outros agravos. Esse cenário denota a importância de um olhar sobre as condições de trabalho e sua interface com a saúde do trabalhador.

O movimento reivindicatório dos profissionais buscou a redução de fatores que prejudiquem a sua saúde no ambiente laboral. Tais condições podem caracterizar-se como violências no trabalho e desencadear danos físicos, psicológicos e até mesmo a morte. O percurso realizado pelos bombeiros foi em prol da efetivação de um trabalho que não seja sinônimo de adoecimento, sua mobilização foi pela concretização do direito à saúde em seu sentido amplo e irrestrito, a categoria lutou pela



efetivação do direito fundante de todos os outros, o da dignidade humana.

## Colaboradores

Natália Teixeira Mata: Autora da elaboração do manuscrito. Luiz Antonio de Almeida Pires: Autor da elaboração do manuscrito. Renato José Bonfatti: Orientador do trabalho base e revisor do texto.

## Agradecimentos

Liane Maria Braga da Silveira: pelo apoio e leitura cuidadosa do artigo em andamento.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos: pelo apoio e companheirismo em todas as batalhas enfrentadas para a produção do trabalho de conclusão de curso que deu base para este artigo. ■

---

## Referências

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: MS, 2001.
- . *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saude Ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.
- GOMEZ, C. M. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-34.
- GRACINO, M. E. *et al.* A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 244-263, 2016.
- LIMA, E. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; BARRETO, S. M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 279-288, 2015.
- MACHADO, J. M. H.; GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S74-S87, 1994.
- MARX, K. *O capital: Crítica da Economia Política*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.

- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Huicitec, 14. ed., São Paulo, 2014.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.
- MONTEIRO, J. K. *et al.* Bombeiros: psicopatologia e condições de trabalho. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 437-444, 2013.
- OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 22-34, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>>. Acesso em: 26 maio 2016.
- PAIVA, M. J.; VASCONCELLOS, L. C. F. Modelo Operário Italiano: o surgimento do campo da saúde do trabalhador. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 357-400.
- PIRES, L. A. A. *A relação saúde-trabalho dos bombeiros militares do município do Rio de Janeiro*. 2016. 210 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.
- RIO DE JANEIRO. *Lei nº 880 de 25 de julho de 1985. Estatuto do Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro*. 1985. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/7905bbf78dc320270325680100674ffd?OpenDocument>>. Acesso em: 22 jul. 2016.
- SOSBOMBEIROS. *Arquivo do blog*. Disponível em: <<http://www.sosbombeiros.com/>>. Acesso em: 6 jun. 2016.
- SOSBOMBEIROS RJ. *Histórico desde abril*. Disponível em: <<http://www.sosbombeirosrj.com/>>. Acesso em: 5 jul. 2016.
- VASCONCELLOS, L. C. F. Entre a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 401-422.
- \_\_\_\_\_. A imperfeição da regra trabalhista: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 125-164.

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em dezembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# As condições de saúde dos trabalhadores a partir dos exames periódicos de saúde

*The health conditions of workers from periodic health examinations*

Eliane de Assis Mendes<sup>1</sup>, Liliane Reis Teixeira<sup>2</sup>, Renato José Bonfatti<sup>3</sup>

**RESUMO** Objetivou-se apresentar o perfil de saúde dos trabalhadores de uma unidade federal que realizaram os exames periódicos de saúde. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, no qual foram analisados 503 prontuários ocupacionais. Houve equilíbrio na participação por gênero e, proporcionalmente, uma maior participação dos servidores (70,6%). Em relação às condições de saúde, os celetistas apresentaram maiores queixas referentes a problemas respiratórios (52,5%); e os servidores, questões do aparelho circulatório (25,6%). Considera-se igualar não só os instrumentos, mas a qualidade da avaliação para os trabalhadores celetistas, melhorando os dados para propor ações de promoção.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do trabalhador. Exames médicos. Setor público. Serviços de saúde do trabalhador.

**ABSTRACT** *The study aims to present the health profile of employees of a federal production unit that underwent the periodic health examinations. It is a descriptive and exploratory study, which analyzed 503 occupational medical records. There was balanced participation by gender and, proportionally, a greater participation of public servants (70.6 %). Regarding health conditions, the CLT (Consolidation of Labor Laws) employees had the biggest complaints related to respiratory problems (52.5 %) and the servants, circulatory system issues (25.6%). It is considered to match not only the instruments, but the quality of assessment for CLT employees, improving the data to propose promotion actions.*

**KEYWORDS** *Occupational health. Medical examination. Public sector. Occupational health services.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
lyamendes@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
teixeira.liliane@gmail.com

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
renato.bonfatti@gmail.com

## Introdução

O trabalho é compreendido como uma atividade fundamental do homem. Com a efetivação do modo de produção capitalista, observam-se profundas e constantes transformações sociais, sendo um dos espaços privilegiados dessas mudanças a esfera produtiva. Assim, o processo da saúde/doença, por meio da exposição diferenciada aos riscos à saúde, terá uma associação com a forma de organização social da produção.

Nesse sentido, ao se considerar a centralidade do trabalho na vida cotidiana e as transformações que o chamado ‘mundo do trabalho’ vem sofrendo ao longo dos séculos, com as mudanças conjunturais e avanços tecnológicos, pode-se observar que o campo da saúde também apresentará reflexos desse contexto, em especial devido ao seu papel para o controle da força de trabalho.

Quando se destaca a realidade brasileira, Faleiros (1992) pontua que o Estado brasileiro, no que tange à intervenção nas questões de saúde e segurança do trabalhador, traduz-se mais em compensações do desgaste que em mudança das condições de trabalho. Nesse cenário, os trabalhadores

[...] não têm o controle de seu corpo, das condições de trabalho, da definição de doenças profissionais, dos perigos inerentes à produção e nem possuem a informação e o saber sobre os riscos das suas atividades. (CAVALCANTI, 2011, P. 166).

A característica original da doutrina do direito trabalhista que norteia até hoje o estabelecimento da regra é a prevenção do desgaste da força de trabalho, de modo a evitar a ocorrência de situações capazes de impedir o trabalho. Embora seja diretamente vinculada à questão da saúde, na perspectiva da regra a ideia de desgaste da força de trabalho é a perda da capacidade, de aptidão, da condição, do vigor, da força, ou da perda de tudo isso

combinado, sem entrar no mérito do entendimento do que seja saúde. (VASCONCELLOS, 2011, P. 131).

A legislação trabalhista, no ano de 1978, implementou as chamadas Normas Regulamentadoras (NRs) e, entre elas, a NR nº 7, que

[...] estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). (BRASIL, 1978, P. 1).

O PCMSO apresenta como objetivo a promoção e preservação da saúde do conjunto dos trabalhadores e inclui, entre outras atribuições, a realização obrigatória dos Exames Médicos Periódicos (EMPs). Tais exames são compostos de: uma avaliação clínica e exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos da NR e seus anexos. A periodicidade está relacionada com a atividade desenvolvida e com o risco ocupacional a que os trabalhadores estão submetidos, além de com a idade.

No âmbito do Serviço Público Federal, somente em 2009, por meio do Subsistema Integrado de Assistência ao Servidor Público Federal (Sias) com algumas características similares ao proposto pela NR 07 – os exames periódicos tornaram-se obrigatórios e foram normatizados para os servidores públicos federais, por intermédio do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, Art. 2º:

A realização de exames médicos periódicos tem como objetivo, prioritariamente, a preservação da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais. (BRASIL, 2009B).

A prática dos EMPs é intrinsecamente vinculada à Saúde Ocupacional (SO); porém

não há impeditivos normativos para que, em sua execução, outros elementos sejam utilizados visando uma avaliação mais integral do quadro de saúde dos trabalhadores, tais como conceitos do campo da Saúde do Trabalhador (ST), seja ao realizar a intervenção, seja ao analisar os dados gerados pelos EMP.

A saúde do trabalhador busca compreender melhor a determinação do processo saúde-doença nos trabalhadores e desenvolver alternativas de intervenção que levem a transformação da realidade, em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho. [...] A atuação em saúde do trabalhador está baseada na premissa de que os trabalhadores apresentam um viver, adoecer e morrer compartilhado com o conjunto da população, em um dado tempo, lugar e inserção social, mas que é, também, específico, resultante de sua inserção em um processo de trabalho particular. E esta especificidade deve ser contemplada pelos serviços de saúde. (DIAS, 1996, P. 28).

Assim, partindo de premissas da ST, os EMP podem torna-se Exames Periódicos de Saúde (EPS), em que a avaliação não se restrinja somente à anamnese médica, mais que outros saberes sejam incorporados a essa prática de saúde e que possuam um olhar interprofissional para as questões saúde/trabalho; uma vez que a ST traz consigo o desenvolvimento de alternativas de intervenção, buscando, portanto, estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, dar a conhecer os modos de prevenção e promover saúde (MENDES; DIAS, 1991).

A incorporação de conhecimentos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, a aplicação das normas limitadas da Higiene e Segurança do Trabalho fazem parte desse trajeto, numa perspectiva permanente de definição de marcos conceituais e práticas que expressem uma visão totalizante do ser

humano em sua relação com o trabalho. (GOMEZ-MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997, P. 26).

Nessas perspectivas, aos serviços que cuidam da saúde dos trabalhadores, seja por intermédio da NR ou do Sias, não há uma determinação normativa que deva seguir um modelo específico de ficha ocupacional, permitindo que a adequem à realidade laboral de seus trabalhadores.

Logo, o objetivo deste artigo é apresentar o perfil de saúde dos trabalhadores de unidade federal de produção que realizaram os EPS, no ciclo 2013/14, por meio da ficha ocupacional – elaborada coletivamente entre os serviços de ST da instituição para a realização dos EPS pela equipe multiprofissional (medicina do trabalho, enfermagem, psicologia e serviço social).

## Métodos

Este artigo resulta de um estudo de caso realizado em uma unidade federal produtora de imunobiológicos, cuja força de trabalho, ao final de 2014, era de 1.547 trabalhadores, agregando três vínculos: 18% de servidores públicos federais (regidos pelo RJU – Regime Jurídico Único), 78% prestadores de serviços (regidos pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho) e 4% bolsistas.

Colaborou para essa escolha a inserção da unidade no atual modelo flexível de produção atuando com metas e indicadores, além de contar com uma força de trabalho diversificada que, conforme necessidade da demanda, é remanejada de outros setores da mesma área ou de outras áreas para atender aos prazos; ou efetuar contratações pontuais (por tempo determinado) para auxiliar na produção ou efetuar consultorias específicas.

A unidade é dividida em cinco áreas organizacionais, duas com atribuições eminentemente administrativas e três vinculadas às rotinas de produção: a) Desenvolvimento: promove o desenvolvimento de vacinas,

reativos para diagnóstico e biofármacos; b) Qualidade: realiza os testes, assegura o controle de qualidade e liberação de lotes produzidos, conforme preconizado pelas normas de boas práticas de fabricação; c) Produção: realiza todo processamento final das vacinas e reativos, além da rotulagem e embalagem destes e dos biofármacos. Possui trabalho noturno e por plantão, de modo que essa área funciona 24 horas.

As áreas de Desenvolvimento, Qualidade e Produção realizam suas atividades em ambiente laboratorial, com temperatura e circulação controladas; seguindo normas nacionais e internacionais de boas práticas de fabricação. Assim, são diversos processos que obedecem uma rotina programada e com atividades repetitivas. São áreas cujo processo de trabalho mescla interação com máquinas de alta tecnologia e atividades que ainda remetem ao modelo fordista/taylorista de organização da produção – como na linha de montagem dos *kits*, envase de diluentes ou embalagem das vacinas.

As demais áreas (Direção e Gestão) apresentam rotinas administrativas realizadas em ambiente predominantemente de escritório; com exceção da área de armazenagem, onde há as atividades de carga e descarga de produtos, equipamento, insumos, entre outros – que requer maior esforço físico por parte dos trabalhadores.

Optou-se pelo estudo de caso, visto que

é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. (MINAYO, 2014, P. 164).

Utilizou-se como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa e, complementarmente, dados quantitativos visto que ambos os dados não se opõem: “Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 1999, P. 22).

Também há um caráter descritivo e

exploratório a respeito do estudo. Segundo Tobar e Yalour (2001, P. 69), um estudo descritivo “[...] expõem características de determinada população ou determinado fenômeno”. Em relação aos estudos exploratórios, os mesmos autores destacam que ocorrem “[...] em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”.

A unidade tem sob sua responsabilidade a execução dos EPS para os servidores e bolsistas e o monitoramento (conforme seu PCMSO) dos EPS para os prestadores de serviço. Assim, a definição do grupo de trabalhadores para elaboração do perfil foi precedida de um levantamento preliminar, mediante informações do banco de dados sobre os EPS do setor de saúde, a fim de verificar quantitativo de trabalhadores – separados por vínculos, que compareceram às avaliações no ciclo 2013/2014. Nesse sentido, dos 889 trabalhadores elegíveis para realizar a avaliação dos EPS, 503 compareceram, sendo 332 celetistas e 171 servidores.

Ressalta-se que, neste ciclo (2013/14), o setor adotou uma nova ficha ocupacional para avaliação da saúde dos servidores, a qual também foi adotada para coleta de dados sobre a saúde dos prestadores de serviço. Foram excluídos da pesquisa aqueles trabalhadores sem o período aquisitivo para a realização da avaliação (contratados ou empossados a partir de janeiro de 2013) e os bolsistas (visto que encontraram-se dados referentes somente ao admissional e também devido à temporariedade do vínculo – dois anos).

Cabe destacar que, nesse ciclo, o primeiro momento da avaliação dos EPS foi similar para os trabalhadores de todos os vínculos; ou seja, ao responderem à convocação do setor de saúde com a data do exame, apresentavam-se ao setor e recebiam a ficha ocupacional para preenchimento das questões de saúde e estilo de vida. As etapas seguintes dos EPS são diferenciadas conforme vínculo, por isso não foram consideradas para a elaboração do perfil; isto é, só foram



utilizados dados informados somente pelos trabalhadores.

O trabalho de campo iniciou-se após avaliação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), por meio do parecer nº 1.010.308/2015; bem como da unidade onde foi realizado o trabalho de campo de acordo com a legislação e normativas vigentes.

### Instrumento de coleta de dados

A fim de obter um melhor aproveitamento da ficha ocupacional, foi elaborada uma planilha de Excel® com os seguintes eixos e variáveis:

- 1) Identificação: Área; vínculo; idade; sexo; tempo de empresa e cargo (em relação à escolaridade).
- 2) Questões de saúde e fatores de risco: Hipertensão; problemas cardíacos; problemas respiratórios; problemas renais; problemas hepáticos; diabetes; problema gastrointestinal; problemas de visão; problemas de saúde mental; doença vascular; alergia; problemas osteomusculares; problemas reumatológicos; colesterol e triglicérides alterados; acima do peso; sedentarismo; tabagismo e consumo de bebida alcoólica.
- 3) Saúde mental: Estresse; insônia; SRQ20 e suporte (medicação controlada, terapia e/ou médica).
- 4) Desconforto físico (Diagrama de Corllet): Pescoço; cervical; costa superior; costa médio; costa inferior; bacia; ombro; braço; cotovelo; antebraço; punho; mão; coxa e perna.

Salienta-se que, para aferir as questões de saúde mental, além da pergunta que consta na primeira folha da ficha ocupacional,

existe um outro bloco no qual o trabalhador assinala outras questões que podem ser associadas à saúde mental (estresse, insônia) e se tem suporte psiquiátrico, seja por meio de medicação controlada ou acompanhamento médico especializado; além do preenchimento do chamado Self Report Questionnaire (SRQ-20), um compilado de 20 questões com respostas dicotômicas (sim/não) sobre sintomas físicos e psicocemocionais para rastrear transtornos mentais comuns. O escore para cada resposta afirmativa, pontua-se com o valor 1; e o ponto de corte para suspeição (presença ou ausência) dos transtornos mentais não psicóticos utilizado é de oito (GOUGET, 2014).

Em relação à aferição do desconforto postural que pode auxiliar no diagnóstico de doenças osteomusculares, o setor usa o diagrama proposto por Corllet e Manenica (1980) que divide o corpo humano em diversos segmentos, em que o trabalhador assinala na figura que representa o corpo humano os segmentos em que sente dores ou desconforto. A escala de intensidade do desconforto/dor é classificada em 5 níveis, que variam de 1, para ‘nenhum desconforto/dor’, até 5, ‘intolerável desconforto/dor’.

### Resultados e discussão

Conforme apresentado na *tabela 1*, participaram da avaliação 503 trabalhadores: 70,66% de servidores e 37,34% de terceirizados, que realizaram a avaliação no setor de saúde da unidade. Havendo um equilíbrio na participação por gênero – similar à proporção geral dos trabalhadores da unidade –, sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino; porém, ao se verificar por vínculo, a participação feminina foi maior entre os RJUs (59%), enquanto a masculina foi maior entre os celetistas (57%). Em relação à escolaridade vinculada ao cargo, houve um predomínio de trabalhadores de nível superior (57,7%) no geral e para ambos os vínculos.

Tabela 1. Características sociofuncionais dos participantes dos EPS conforme vínculo

Variáveis	RJU		CLT		Ambos	
	N	%	N	%	N	%
	171		332		503	
<b>Gênero</b>						
Feminino	101	59,06	144	43,37	245	48,7
Masculino	70	40,94	188	56,63	258	51,3
<b>Cargo por nível de escolaridade</b>						
Nível médio	57	33,33	156	46,99	213	42,3
Nível Superior	114	66,67	176	53,01	290	57,7
<b>Faixa etária</b>						
De 18 a 30 anos	19	11,11	66	19,88	85	16,90
De 31 a 40 anos	52	30,41	126	37,95	178	35,39
De 41 a 50 anos	55	32,16	91	27,41	146	29,03
De 51 a 60 anos	36	21,05	40	12,05	76	15,11
61 anos ou mais	9	5,26	9	2,71	18	3,58
<b>Tempo de Serviço</b>						
De 1 a 3 anos	43	25,15	168	50,60	211	41,95
De 4 a 10 anos	55	32,16	92	27,71	147	29,22
De 11 a 20 anos	42	24,56	70	21,08	112	22,27
De 21 a 30 anos	19	11,11	0	0,00	19	3,78
31 anos ou mais	12	7,02	2	0,60	14	2,78

Fonte: Elaboração própria.

Entre as questões de saúde (*tabela 2*) assinaladas pelos trabalhadores que participaram dos EPS, verificou-se que predominam os problemas respiratórios (bronquite, asma, rinite, tosse crônica, sinusite) – 49%; seguidos pelos problemas osteomusculares (doenças da coluna, dor nas costas, dores nas articulações) – 43,5% – e problemas na visão – 43%.

Compilados dessa maneira, os resultados fogem um pouco dos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos quais se destaca que as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 30% de mortalidade nas últimas décadas (SIMÃO ET AL., 2013), ou dos da previdência social, que citam as DCV, osteomusculares e de saúde mental como as de maiores causas de afastamentos ou de mortalidade (BRASIL, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os principais fatores de risco para DCV são: hipertensão arterial, tabagismo, obesidade/sobrepeso; dislipidemia; diabetes; síndrome metabólica, fatores psicossociais e sedentarismo. Todavia, devido ao tipo de *cage* utilizado na ficha ocupacional para avaliar as questões vinculadas ao estilo de vida (sedentarismo, estar acima do peso, consumo de bebida alcoólica e cigarro), optou-se por apresentar somente os dados; pois seriam necessárias outras informações para tratar como fatores de risco associados para as DCV.

Quando se realiza o desmembramento por vínculo, observa-se que as questões de saúde entre os trabalhadores celetistas são similares ao resultado total; entretanto,

para os servidores públicos, predominam os problemas osteomusculares (52,6%), seguidos dos problemas na visão (52%) e dos problemas respiratórios (45%). Em relação ao gênero, entre as mulheres há o predomínio dos problemas respiratórios

(56%), seguidos dos osteomusculares (53%) e dos problemas na visão (44%); já entre os homens, também predominam as questões respiratórias (43%), seguidas dos problemas na visão (42%) e osteomusculares (34,5%).

Tabela 2. Prevalência de morbidades e questões sobre estilo de vida referida pelos trabalhadores, conforme vínculo e gênero, que participaram dos EPS, no ciclo 2013-2014

Variáveis	RJU		CLT		Fem		Masc		Ambos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Questões de Saúde</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>	<b>332</b>	<b>100%</b>	<b>245</b>	<b>100%</b>	<b>258</b>	<b>100%</b>	<b>503</b>	<b>100%</b>
Hipertensão	43	25,15	75	22,59	54	22,04	64	24,81	118	23,46
Problemas Cardíacos	25	14,62	30	9,04	33	13,47	22	8,53	55	10,93
Problemas Respiratórios	77	<b>45,03</b>	171	<b>51,51</b>	138	<b>56,33</b>	110	<b>42,64</b>	248	<b>49,3</b>
Problemas Renais	15	8,77	24	7,23	17	6,94	22	8,53	39	7,75
Problemas Hepáticos	12	7,02	13	3,92	12	4,90	13	5,04	25	4,97
Diabetes	13	7,6	7	2,11	5	2,04	15	5,81	20	3,98
Problemas Gastrointestinais	48	28,07	63	18,98	60	24,49	51	19,77	111	22,07
Infecções no Ouvido	8	4,68	11	3,31	10	4,08	9	3,49	19	3,78
Problemas na visão	89	<b>52,05</b>	126	<b>37,95</b>	107	<b>43,67</b>	108	<b>41,86</b>	215	<b>42,74</b>
Questões de Saúde Mental	10	5,85	8	2,41	10	4,08	8	3,10	18	3,58
Doença Vascular	62	36,26	61	18,37	86	35,10	37	14,34	123	24,45
Alergias	45	26,32	93	28,01	89	36,33	49	18,99	138	27,44
Problemas Osteomusculares	90	<b>52,63</b>	129	<b>38,86</b>	130	<b>53,06</b>	89	<b>34,50</b>	219	<b>43,54</b>
Problemas Reumatológicos	16	9,36	11	3,31	15	6,12	12	4,65	27	5,37
Colesterol e Triglicérides elevados	32	18,71	65	19,58	43	17,55	54	20,93	97	19,28
Acima do peso	87	50,88	140	42,17	104	42,45	123	47,67	227	45,13
Sedentarismo	83	48,54	152	45,78	119	48,57	116	44,96	235	46,72
Fuma	14	8,19	15	4,52	11	4,49	18	6,98	29	5,77
Consome bebida Alcoólica	82	47,95	154	46,39	99	40,41	137	53,10	236	46,92

Fonte: Elaboração própria.

Ao agrupar os dados do perfil conforme os grupos do código internacional de doenças (CID-10), verificou-se que os problemas respiratórios (77%) continuam predominando; porém são seguidos pelas doenças endócrinas (68%) e do aparelho circulatório (59%).

Se comparados (tabela 3) os resultados dos EPS com o quantitativo de afastamentos/

licenças médicas da unidade no mesmo período, nota-se a manutenção das questões respiratórias (21,5%) como prevalentes, corroborando o perfil, assim como as doenças osteomusculares (18%). Salienta-se que o item XXI, que estaria em primeiro lugar, não foi considerado por tratar-se de questões sobre o estilo de vida, e não uma morbidade instalada.

Tabela 3. Comparação entre a prevalência de morbididades aferidas nos EPS e os afastamentos médicos, conforme grupo de CID, no ano de 2013

Variáveis	EPS		Licenças	
	N	%	N	%
Grupo de CID	503	100%	4.702	100%
IV-Doenças endócrinas, metabólicas (E00-E90)	344	<b>68,39</b>	30	0,64
V-Transtornos mentais e comportamentais (F00- F99)	18	3,58	236	5,02
VI- Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	131	26,04	114	2,42
VII- Doenças do Olho e anexos (H00-H59)	215	42,74	153	3,25
VIII- Doenças do Ouvido e da apófise (H60-H95)	18	3,58	95	2,02
IX- Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	295	<b>58,65</b>	213	4,53
X- Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	386	<b>76,74</b>	1010	<b>21,48</b>
XI- Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	136	27,04	389	<b>8,27</b>
XII- Doenças da Pele e tecido subcutâneo (L00-L99)	0	0,00	131	2,79
XIII-Doenças do sistema Osteomuscular (M00-M99)	246	48,91	837	<b>17,80</b>
XIV- Doenças do aparelho Geniturinário (N00-N99)	39	7,75	144	3,06
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde (Z72)	443	88,07	1	0,02

Fonte: Elaboração própria.

Consta da ficha ocupacional do EPS a percepção dos riscos informados pelos trabalhadores, que além dos riscos previstos na NR-9, traz algumas questões ergonômicas, porém sem elementos da organização do trabalho sugeridos pela NR-17.

Assim, quando observados os resultados quanto à percepção dos trabalhadores sobre a exposição aos riscos ocupacionais: 65% informaram realizarem movimentos repetitivos; 53% possuem risco ergonômico; 52% teriam exposição ao risco biológico; 50% aos produtos químicos e 50% ao esforço visual. Nesse sentido, comparados aos dados da *tabela 3*, não se pode afirmar que existe umnexo direto entre as morbididades apresentadas e os riscos ocupacionais; porém tais elementos não devem ser desconsiderados para investigar agravos e propor melhorias os ambientes laborais.

Ressalta-se que, segundo Sivieri (1996, p. 81),

[...] risco é a probabilidade de ocorrência de um evento causador de dano às pessoas e ao

meio ambiente de forma leve ou grave, temporária ou permanente, parcial ou total.

Já para Avaliação da Segurança e Saúde Ocupacional – Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS), risco é: “Combinação da probabilidade de ocorrência e da(s) consequência(s) de um determinado evento perigoso” (OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENT SERIES, 1999, p. 9). Cabe destacar que a NR-9 considera riscos ambientais

[...] os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador. (BRASIL, 1977, p. 1).

Sivieri (1996) ainda chama a atenção para o fato de que muitas questões do ambiente industrial e de outros setores produtivos não têm sua origem nos tradicionais fatores físicos, químicos ou biológicos.

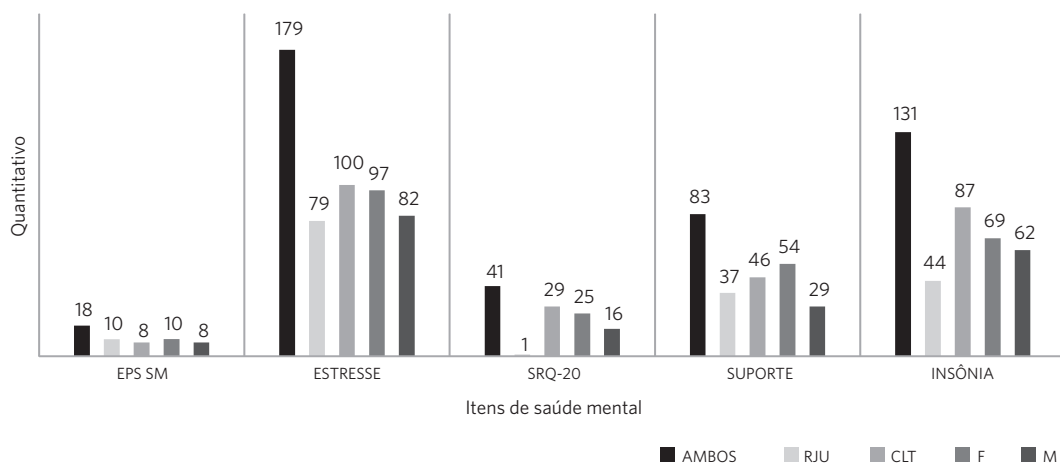
Existem devido às contradições originárias do cotidiano, das relações funcionais, dos conflitos e dos processos psicossociais. Na complexidade da vida social, situações de trabalho, associadas a sucessivas frustrações e ataques a autoimagem, progressivamente provocam, além do desgaste metafórico da identidade, processos psicossomáticos que geram quadros clínicos de doenças orgânicas graves, como úlceras, hipertensão arterial, gastrite etc., e também distúrbios de ordem psicológica como insônia, ansiedade, depressão estresse etc., situações consideradas de risco, onde o trabalhador fica mais fragilizado, e potencialmente mais exposto a acidentes e mortes. (SIVIERI, 1996, P. 81).

As questões de saúde mental são apontadas em alguns estudos sobre o mundo do trabalho entre as três principais causas de afastamento seja no serviço público, seja na esfera privada. Ao se observar os dados da *tabela 1*, somente 4% dos trabalhadores responderam possuir alguma patologia vinculada aos transtornos mentais (estaria em último lugar entre as questões de saúde do perfil).

Contudo, quando se verificou o SRQ-20 (*gráfico 1*), 41 trabalhadores (8%) tiveram um escore acima ou igual a 8; ou seja, apresentavam, na ocasião, algum transtorno mental leve (com uma predominância dos trabalhadores celetistas e em relação ao gênero a prevalência do sexo feminino). Já sobre o suporte, 83 trabalhadores (16,5%) utilizam medicação controlada ou mantêm tratamento psiquiátrico (havendo pouca diferença entre os vínculos e um predomínio do sexo feminino). Ou seja, há uma discrepância nos dados informados entre a percepção no reconhecimento enquanto portador de alguma patologia de saúde mental e a utilização de algum suporte nessa esfera.

Ao tratar dos outros fatores associados à saúde mental, têm-se 36% (n=179) de trabalhadores considerando-se estressados – ao comparar os vínculos, essa percepção é maior entre os celetistas e por gênero entre as mulheres. Em relação à insônia, 26% (n= 131) assinalaram positivamente para a questão, quase havendo paridade entre os gêneros.

Gráfico 1. Distribuição das questões associadas à saúde mental relacionada aos trabalhadores participantes dos EPS, por vínculo, no ciclo 2013-2014



Fonte: Elaboração própria.

Quando se observa o *gráfico 1*, não se têm elementos suficientes para informar quais seriam os motivos para a disparidade dos dados e mesmo aparentando, seja pelas informações do EPS, seja pelas informações de absenteísmo, que a unidade estaria fora dos padrões epidemiológicos no que tange às questões de saúde metal, com baixos índices. Entretanto, os dados que a unidade possui sobre a média de dias perdidos com as licenças coloca as morbidades de saúde mental entre as três maiores causas de longos afastamentos: 2013 – 1.138 dias (3°); 2014 – 1.594 dias (3°) e 2015 – 2.306 dias (2°).

Em relação ao último bloco, sobre o desconforto físico (*tabela 4*), uma vez que não se trata de um estudo ergonômico, optou-se por apresentar os resultados referentes às marcações

da escala de intensidade igual ou acima de 3 ('moderado/bastante/intolerável desconforto/dor'), excluindo a escala 1 e 2 ('ausência/algum') que correspondem, respectivamente, a 13% e 87% do quantitativo total.

Observou-se que as maiores queixas são das áreas superiores (pescoço, cervical e costas superiores). Para os celetistas, a maior fonte de desconforto é a região das costas superior (26%), já para os servidores, é a região cervical (12%). Em relação ao gênero, 20 % das mulheres queixaram-se da região cervical, e 13% dos homens da região das costas inferior. A forte presença masculina nas atividades de carga/descarga de produtos e outros processos de maior exigência física pode ter contribuído para essa diferença entre os gêneros.

Tabela 4. Distribuição das queixas dos trabalhadores participantes dos EPS, por vínculo, em relação ao desconforto postural aferido pelo Diagrama de Corllet, no ciclo 2013-2014

Diagrama de Corllet	F		M		RJU		CLT		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pescoço	88	<b>17,5</b>	40	8,0	51	<b>10,1</b>	77	15,3	128	<b>25,4</b>
Cervical	101	<b>20,1</b>	42	<b>8,3</b>	59	<b>11,7</b>	84	<b>16,7</b>	143	<b>28,4</b>
Costas Superior	50	9,9	22	4,4	26	5,2	132	<b>26,2</b>	158	<b>31,4</b>
Costas Médio	50	9,9	40	8,0	36	7,2	54	10,7	90	17,9
Costas Inferior	77	<b>15,3</b>	64	<b>12,7</b>	46	<b>9,1</b>	95	<b>18,9</b>	141	28,0
Bacia	36	7,2	21	4,2	25	5,0	32	6,4	57	11,3
Ombro	53	10,5	25	5,0	28	5,6	50	9,9	78	15,5
Braço	15	3,0	5	1,0	10	2,0	10	2,0	20	4,0
Cotovelo	15	3,0	6	1,2	8	1,6	13	2,6	21	4,2
Antebraço	15	3,0	5	1,0	7	1,4	13	2,6	20	4,0
Punho	44	8,7	21	4,2	18	3,6	47	9,3	65	12,9
Mão	34	6,8	12	2,4	14	2,8	32	6,4	46	9,1
Coxa	10	2,0	4	0,8	5	1,0	9	1,8	14	2,8
Perna	35	7,0	12	2,4	15	3,0	32	6,4	47	9,3

Fonte: Elaboração própria.



Nessas perspectivas, ao se apresentar os três blocos da ficha ocupacional utilizada para os EPS, é possível verificar a quantidade de dados gerados e as possibilidades de cruzamentos para refletir sobre os itens que podem ter uma avaliação mais aprofundada. Por exemplo, selecionar os trabalhadores que assinalaram queixas osteomusculares e desconforto postural, com o seu tempo de serviço e a descrição da atividade, pode auxiliar na investigação de doença ocupacional.

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde. (SILVA; FORMIGLI, 1994, P. 87).

Por fim, usar conceitos do campo da ST para a análise dos dados dos EPS e para avaliar os instrumentos como a ficha ocupacional e a intervenção como um todo é importante; visto que a ST compreende as relações trabalho e saúde-doença por meio da análise da “[...] determinação social do processo saúde-doença, privilegiando o trabalho” (LACAZ, 2007, P. 759). Apreende o trabalhador como ator histórico, agente de mudanças, que

[...] pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras [...]. (LACAZ, 2007, P. 760).

Sua ação caracteriza-se por permanente vigilância das condições de trabalho passíveis de causar agravos ou danos à saúde do trabalhador, por meio de práticas que antecipem

e evitem os problemas ou funcionem como contraponto às exigências do capital sobre a força de trabalho, no sentido de estabelecer melhores condições de vida e de bem-estar. (DIAS; NEHMY 2010, P. 15).

## Conclusões

O conhecimento sobre as condições de saúde dos trabalhadores é um importante indicador para que os empregadores, tanto na esfera pública quanto privada, adotem medidas de promoção e prevenção para, se não solucionar, ao menos contribuir para a melhoria da condição de saúde de sua força de trabalho; ou mesmo atuar de modo que a esfera laboral não agrave os quadros de saúde já instaurados e nem crie novos.

Nesse sentido, os EPS permitem que periodicamente os empregadores tenham esse mapeamento epidemiológico e com tais informações possam realizar ações preventivas para todos os seus trabalhadores ou grupos específicos (por atividades, por locais de trabalho), ou reavaliar processos e condições de trabalho. Principalmente, se esses dados dos EPS puderem ser trabalhados e comparados com outros como absenteísmo interno e de outras instituições com processos de trabalho similares.

Em instituições que possuem vínculos diferenciados de contratação, é importante que os trabalhadores tenham os mesmos instrumentos de avaliação de sua saúde, uma vez que estão submetidos às mesmas regras institucionais e aos mesmos processos e condições de trabalho. Dessa forma, a instituição terá dados mais completos e fidedignos para pensar suas ações, em especial, para atuar na melhoria dos processos e ambientes de trabalho que possam trazer prejuízo à saúde dos trabalhadores.

Agregar outros elementos (com *cages* validados para questões de saúde mental, ergonomia, questões de estilo de vida, DCV, condições de trabalho etc.) e outros

profissionais permite que se tenha uma avaliação mais ampla sobre a ST, além de possibilitar aferir a eficiência das ações de promoção/prevenção que o empregador realiza.

Por fim, os EPS podem ser também um canal para efetiva participação dos trabalhadores, especialmente, se os dados consolidados pelos EPS forem restituídos de forma coletiva aos trabalhadores para que possam

discuti-los entre si, nos seus setores, com seus representantes (sindicatos, Cipa - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, outros) e/ou com os técnicos dos serviços de saúde e segurança; para refletirem não só sobre sua situação de saúde, mas também sobre o processo e ambiente de trabalho, a fim de auxiliarem na proposição de melhorias e transformação de ambiente laboral. ■

## Referências

- BRASIL. *Anuário estatístico da previdência social – AEPS 2015*. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 30 abr. 2009a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm)>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206-A da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 26 maio 2009b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6856.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6856.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. NR 7: programa de controle médico de saúde ocupacional. Brasília, DF: MTE, 2013. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR7.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2013.
- CAVALCANTI, C. P. N. A intervenção histórica nas relações saúde e trabalho no Brasil: a centralidade da noção do risco na lógica da reparação dos 'infortúnios'. In: \_\_\_\_\_. *Cadernos do curso de capacitação em promoção e vigilância em saúde do trabalhador Pass-Siass*. Rio de Janeiro: UFRJ; Unirio, 2011, p. 155-170.
- CASTIEL, L. D. Os riscos e as loucuras dos discursos da razão no campo da prevenção. *Cadernos IHU ideias*, São Leopoldo, v. 11, n. 188, jun. 2013.
- CORLETT, E. N.; MANENICA, I. The effects and measurement of working postures. *Applied Ergonomics*, London, v. 11, n. 1, p. 7-16, mar. 1980.
- DIAS, E. C. Saúde do Trabalhador. In: TODESCHINI, R. (Org.). *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho*: Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical. São Paulo: Fundacentro, p. 27-35, 1996.
- DIAS, E. C.; NEHMY, R. M. Q. Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? *Revista médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, supl. 2p. 13-23, 2010.

- GOMEZ-MINAYO, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.
- FALEIROS, V. P. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992.
- GOUGET, L. L. D. *A aplicação do SRQ-20 como instrumento de levantamento de indicativo de transtorno mental comum*. 2014. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MCCOY, K. *et al.* Health promotion in small business: a systematic review of factors influencing adoption and effectiveness of worksite wellness programs. *Journal occupational environ medical*, Illinois, v. 56, n. 6, p. 579-587, jun. 2014.
- SATO, L. *et al.* A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011.
- SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.
- SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, Supl. 2, dez. 2013. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz\\_Prevencao\\_Cardiovascular.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2015.
- SIVIERI, L. H. Saúde no trabalho e mapeamento de riscos. In: TODESCHINI, R. (Org.). *Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical*. São Paulo: CUT/Fundacentro, 1996. p. 75-111.
- OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ASSESSMENT SERIES. *Sistemas de gestão de segurança e saúde ocupacional: especificação*. [s.l.]: OHSAS, 1999.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- VASCONCELLOS, L. C. F. A Imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da revolução industrial à consolidação das leis do trabalho. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). *Trabalho, saúde e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011a, p. 125-165.
- VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n.106, p. 830-840, jul./set., 2015.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016  
Versão final em dezembro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

*Productive restructuring in health: performance and challenges of the Family Health Support Center*

Mirvaine Panizzi<sup>1</sup>, Josimari Telino de Lacerda<sup>2</sup>, Sonia Natal<sup>3</sup>, Túlio Batista Franco<sup>4</sup>

**RESUMO** Estudo de casos a fim de identificar estratégias para a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, verificando seu processo de reestruturação produtiva, bem como seus desafios. Utilizaram-se as técnicas de análise documental, observação direta e entrevistas. Os resultados apontam que apoio da gestão, planejamento integrado, comunicação ágil, cogestão, reflexão sobre a prática, qualificação dos profissionais e infraestrutura adequada viabilizam a atuação compartilhada entre profissionais. Persistem desafios, como a inadequada formação para a prática do apoio matricial, no entanto, foi identificado um processo de reestruturação produtiva com potencialidade para ampliar ações e qualificar o cuidado em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde da família. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de serviços de saúde. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *Case studies to identify strategies for the Family Health Support Center, verifying its process of productive restructuring, as well as its challenges. Techniques of documentary analysis, direct observation and interviews were used. The results show that the support of management, integrated planning, agile communication, co-management, reflection on practice, qualification of professionals and adequate infrastructure enable the shared performance between professionals. Challenges remain such as inadequate formation for the practice of matrix support, however, a productive restructuring process with the potential to expand actions and qualify the health care was identified.*

**KEYWORDS** *Family health. Primary Health Care. Health services evaluation. Health management.*

<sup>1</sup>Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Gerência de Atenção Básica – Florianópolis (SC), Brasil.  
mirvaineapanizzi@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde – Florianópolis (SC), Brasil.  
jtolino@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde – Florianópolis (SC), Brasil.  
sonianatal2010@gmail.com

<sup>4</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF), Departamento de Planejamento em Saúde – Niterói (RJ), Brasil.  
tuliofranco@gmail.com

## Introdução

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que têm como diretriz central o apoio matricial em saúde para as equipes de referência. Este apoio tem como objetivo impactar o processo de trabalho, agregando conhecimento e práticas à Equipe de Saúde da Família (EqSF), aumentando sua resolutividade. Por se tratar de um dispositivo que tem como perspectiva a mudança no modo de produzir o cuidado, potencialmente dispara um processo de reestruturação produtiva, pois é capaz de alterar os produtos do trabalho da própria equipe.

A reestruturação produtiva na saúde, segundo Pires (1998, 2000), é caracterizada pela incorporação de novas tecnologias, mudança na gestão do trabalho – especialmente, a terceirização – e na relação entre a organização do trabalho e o modelo assistencial. Além-se aos aspectos macroestruturais que definem a mudança no campo do trabalho em saúde.

Para Merhy e Franco (2009), a reestruturação produtiva é a resultante de mudanças no processo de trabalho, que ocorrem na reorganização do modo de produzir o cuidado, a partir das próprias equipes, no seu cotidiano. Ela pode acontecer pela incorporação de novas tecnologias; por mudanças ocasionadas por novas propostas organizacionais, como a ‘implantação do Programa Saúde da Família (PSF)’, nos anos 1990; e também por estruturação dos Nasf. Estes são dispositivos que, além de impactar o ambiente de trabalho, provocam mudanças nos processos de trabalho. A reestruturação pode ocorrer, também, por iniciativas das equipes em promover mudança nos processos de trabalho, reorganizando rotinas e fluxos assistenciais, compartilhando decisões e poder técnico. Pode-se perceber que não há uma oposição entre macro e micropolítica, o que se verifica é que as normas que definem a macropolítica interferem nos processos do cotidiano, no micro. Por outro lado, os trabalhadores

e as equipes têm um grande protagonismo e também reorganizam seus processos de trabalho, no espaço cotidiano, sua micropolítica, dando seu conteúdo específico aos dispositivos protocolares e normativos.

Um dos indicadores para verificar um processo de reestruturação produtiva é a análise do processo de trabalho. Para ilustrar esta afirmação: caso ocorra uma inversão no uso das tecnologias de trabalho, pela EqSF, através da qual haja menor uso de componentes das tecnologias duras, alterando para maior o coeficiente das tecnologias relacionais, como recomenda, por exemplo, a diretriz do Acolhimento, inserida no Programa Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010), isto configura um processo de reestruturação. Vários elementos podem, também, configurar a reestruturação produtiva, como acontece nas relações em rede estabelecidas entre trabalhadores, na intercessão com os usuários, nos modos de estabelecer e negociar planos de cuidado, enfim, o cenário de produção do cuidado é sempre complexo, e os processos de trabalho têm uma grande elasticidade, pois contam com certo grau de liberdade de ação dos trabalhadores. Neste cenário, o Nasf se apresenta como um dispositivo que pode alterar este processo de trabalho e se propõe a uma mudança na produção do cuidado pela EqSF. A análise acontecerá, portanto, dentro desse contexto.

Importa registrar que a reestruturação produtiva pode se dar na direção contrária, ou seja, representando um processo de recrudescimento do modelo biomédico em um processo de trabalho mais instrumental, com redução dos espaços de escuta e acolhimento ao usuário. Não há, *a priori*, uma valorização do processo de reestruturação. Ele é singular, e vai depender sempre da ação dos sujeitos-trabalhadores que operam os processos de trabalho e produção do cuidado. O estudo relacionado aos efeitos do Nasf sobre o cuidado em saúde deve considerar a potência de reorganização dos processos de

trabalho e, a partir disto, o grau de mudança conquistado, que sempre pode variar.

Estudos sobre o processo de trabalho em saúde informam que há uma hegemonia do modelo biomédico, centrado na doença, e no ato prescritivo do médico, caracterizando um excessivo consumo de exames e medicamentos. Ao mesmo tempo, as relações de trabalho são hierárquicas, com valoração do conhecimento especializado, além de mediadas pelo alto consumo de equipamentos e medicamentos. Para produzir mudanças neste cenário, e o conseqüente aumento da resolutividade da EqSF, o trabalho do Nasf deve procurar impactar, para além do conhecimento, a forma como a própria EqSF significa o trabalho e o cuidado no cotidiano. Sendo assim, é fundamental um processo pedagógico, que impacte o plano da cognição e também da subjetivação, isto é, forme novas subjetividades, que representam um dos fatores de mudança dos sujeitos e, por consequência, do processo de trabalho. Novos sentidos são fundamentais para produzir novas práticas de cuidado.

O apoio matricial em saúde é uma metodologia de trabalho e um arranjo organizacional (CAMPOS; DOMITTI, 2007) que objetiva assegurar retaguarda especializada, clínico-assistencial e técnico-pedagógica, para as equipes de referência. A EqSF, equipe de referência na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem responsabilidade pela condução de casos individuais, familiares ou comunitários de forma longitudinal. E este trabalho nos cenários de práticas entre a EqSF e o Nasf, que são as Unidades de Produção do Cuidado, se transformam também em Unidades de Produção Pedagógica na medida em que o cotidiano do trabalho envolve um inexorável processo de ensino-aprendizagem (FRANCO, 2007). Trabalho e educação no campo da saúde são indivisíveis e, por isto, o Nasf deve utilizar as ferramentas da educação permanente, que melhor se adéquam a este tipo de formação no trabalho, para ativar as mudanças que ele

objetiva. Um processo pedagógico implicado com a mudança do trabalho se coloca como dispositivo de reorganização da produção do cuidado, ou seja, pode contribuir para a reestruturação produtiva.

Outro aspecto importante do apoio matricial diz respeito à multiprofissionalidade, o que implica a construção de projetos terapêuticos integrados, quando necessário. A sua execução pode contemplar atendimentos e intervenções conjuntas, troca de conhecimentos e orientações com reavaliação ou reorientação de condutas, mantendo o caso sob os cuidados da equipe de referência. Os arranjos do apoio matricial e da equipe de referência buscam construir um espaço de interação de saberes e fazeres entre diversos profissionais, proporcionando uma ampliação do campo comum de conhecimento, o trabalho em redes, potencializando o trabalho e a resolutividade. Este campo comum deve possibilitar que a identidade construída pelo núcleo de saber de cada profissão possa se abrir para a atuação multiprofissional com interdisciplinaridade (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A criação do Nasf aponta um movimento do Ministério da Saúde para a reestruturação produtiva do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), apostando em processos relacionais, interdisciplinares e de corresponsabilização para um trabalho integrado entre as equipes, de apoio e referência, associando o trabalho e a educação no cotidiano. Frente ao caráter inovador do Nasf, estudos que visam ao conhecimento mais aprofundado são necessários, uma vez que as melhorias nos processos de produção do cuidado poderão ter reflexos significativos na qualidade e na resolutividade do atendimento à população.

O objetivo deste estudo é identificar estratégias utilizadas pela gestão e pelas equipes para viabilizar e potencializar a atuação do Nasf, verificar o processo de reestruturação produtiva do cuidado no qual ele se insere, e os desafios que persistem para sua integração à APS.



## Métodos

Estudo de casos múltiplos, realizado em um estado do Sul do País, no período de março a setembro de 2015, com dois casos considerados implantados em uma análise prévia de implantação do Nasf. A análise de implantação envolveu três Nasf, um de cada modalidade, selecionados por critérios de credenciamento, desempenho e composição da equipe, e envolveu entrevistas com profissionais das EqSF, do Nasf e seus gestores; análise documental; e observação direta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas. Nesta análise, dois casos foram considerados implantados e um parcialmente implantado.

No presente estudo, que envolveu dois Nasf, os procedimentos utilizados para a coleta dos dados incluíram: i) análise de documentos relacionados ao Nasf nos municípios: projeto para implantação, Planos Municipais de Saúde, protocolos elaborados, relatórios de planejamento e programação de ações; ii) observação direta nas UBS, para verificar os aspectos estruturais, organizacionais e de operacionalização do trabalho do Nasf em conjunto com as EqSF, registrados em diário de campo; e iii) entrevistas com gestores e profissionais do Nasf e das EqSF.

As entrevistas ocorreram em lugares reservados, no ambiente de trabalho, de acordo com escolha e disponibilidade dos profissionais, e seguiram roteiro pré-elaborado e testado, com leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi respeitado o anonimato, nomeando-se os informantes como entrevistado seguido do número da entrevista (En). Foram 21 entrevistas: 2 gestores municipais (secretários municipais de saúde), 2 coordenadores da APS, 8 profissionais do Nasf – fisioterapeuta (2), psicóloga (2), nutricionista (1), fonoaudióloga (1), farmacêutica (1), educador físico (1) – e 9 profissionais das EqSF, 1 de cada equipe apoiada, indicados pela gestão – médico (3), enfermeiro (4), técnico de enfermagem (1), cirurgião-dentista (1). As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e registradas em planilha eletrônica. Tiveram média de duração de 40 min para

profissionais das EqSF, 60 min para profissionais do Nasf e 90 min para gestores.

Foi realizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), que considerou o exame de qualidade e pertinência das respostas em relação à pergunta, a convergência das respostas entre os entrevistados, o mapeamento e as observações, a extração de trechos das respostas e a síntese das observações. As informações dos documentos, registros, entrevistas e diário de campo foram decompostas e agregadas de acordo com os seguintes eixos temáticos: constituição e institucionalização do Nasf; planejamento e articulação; apoio às equipes de referência; e resultados da atuação. Procedeu-se à triangulação das entrevistas com as observações de campo e os documentos analisados, a fim de contribuir com a validade interna do estudo (MINAYO, 2010).

As secretarias municipais de saúde autorizaram formalmente a realização da pesquisa. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde, com parecer nº 674.338, de 05/06/2014, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

Os resultados e a discussão estão estruturados em três blocos: caracterização dos casos; estratégias de atuação; e desafios. Ressalta-se que o referencial do apoio matricial perpassa todos os eixos, pois se constitui em aspecto transversal na atuação das equipes do Nasf.

### Caracterização dos casos

O *quadro 1* sintetiza as principais características identificadas nos casos configurados como de modalidades 1 e 2. O município do Caso 1 (C1) possui uma UBS com horário estendido e tem referência em municípios próximos para urgências, emergências e internações hospitalares. O município do Caso 2 (C2) conta com Hospital de Pequeno Porte e pronto atendimento 24h.

Quadro 1. Principais características dos casos estudados, 2015

Característica	Caso 1 (C1) Modalidade I	Caso 2 (C2) Modalidade II
Data da criação do Nasf	Março de 2010, na Modalidade II; e em abril de 2014, migração para a Modalidade I	Setembro de 2012
Categorias profissionais	Psicólogo (1); fisioterapeuta (1); nutricionista (1); e farmacêutico (2)	Psicólogo (1); fisioterapeuta (1); nutricionista (1); educador físico (1); e fonoaudiólogo (1)
Total de horas semanais dos profissionais	200h (todos com 40h semanais)	120h (todos com 20h semanais)
Faixa etária dos profissionais	Entre 24 e 36 anos	Entre 23 e 38 anos
Gênero dos profissionais	Feminino (4); masculino (1)	Feminino (5); masculino (1)
Vínculo contratual dos profissionais	Concursados; emprego público (Consolidação das Leis do Trabalho - CLT)	Concursados; estatutários
Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários incluindo profissionais Nasf	Não	Sim
Número de profissionais com pós-graduação em Saúde Coletiva ou afim	4 (80%)	1 (17%)
Número de Equipes de Saúde da Família existentes	6	3
Número de Equipes de Saúde da Família vinculadas ao Nasf	6	3
Número de Unidades Básicas de Saúde em que atuam as Equipes de Saúde da Família	4	1
Horário de trabalho compatível com o das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família	Sim	Sim
População do município (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015)	18.827 habitantes	6.366 habitantes
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	0,769	0,700

Nos dois casos, estão disponíveis elementos organizacionais essenciais, tais como: definição de áreas de abrangência, carro oficial para mobilidade entre as UBS e nos territórios, espaço físico exclusivo para a equipe do Nasf, cronograma atualizado de uso dos espaços físicos nas UBS e nos territórios, internet, rede de serviços de saúde informatizada, prontuário eletrônico, registro das ações em prontuários comuns, disponibilidade de uso de e-mail e telefone, e acesso

à atenção secundária. São disponibilizados materiais de apoio e equipamentos para grupos, bem como para atividades coletivas, educativas e terapêuticas. Os profissionais do Nasf são liberados para especialização, capacitações, eventos e cursos em temas pertinentes, com auxílio de custo e sem necessidade de compensação de horas.

Para identificar as estratégias de atuação, foram criados quatro eixos temáticos: constituição e institucionalização do Nasf;

planejamento e articulação; apoio às equipes de referência; e resultados da atuação, apresentados a seguir.

#### A) CONSTITUIÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO NASF

Administrativamente, a constituição da equipe multiprofissional do Nasf deve ser definida pelos gestores municipais, a partir das demandas identificadas em conjunto com as EqSF, e varia de acordo com as necessidades do território (BRASIL, 2012, 2014). O aporte de recurso aos municípios foi o fator indutor para a criação do Nasf identificado nos casos dos municípios aqui relatados.

No C1, os profissionais foram contratados para atuar no Nasf, e no C2, foram cadastrados profissionais que já atuavam na rede. Como a experiência da maioria dos profissionais era em atendimentos individuais, foram necessárias mudanças no processo de trabalho, pois o Nasf opera em equipe. A simples presença do profissional de apoio não é suficiente para o desenvolvimento de práticas compartilhadas. É necessária uma revisão das práticas em direção ao compartilhamento e à construção de novas formas de produção do cuidado, que privilegiem o conhecimento e a atuação interdisciplinar, o que pressupõe a existência de um objetivo comum e a disponibilidade para o diálogo e o trabalho compartilhado (SILVA ET AL., 2012).

A estratégia de gestão do trabalho utilizada nos dois casos foi instituir momentos de encontro, reflexão, discussão, definição de prioridades e da forma de atuação. Esses encontros prévios, no início dos trabalhos, foram fundamentais para a criação da identidade de equipe:

*[...] cada profissional tinha uma forma de conduzir seu trabalho. Foi fundamental a gente ter um tempo para se conhecer, criar vínculo, entender o que era Nasf e nossa atuação a partir dali, como grupo que se apoia para poder apoiar. (E4).*

Para uma equipe multiprofissional atuar de forma interdisciplinar, é preciso o reconhecimento do outro, um encontro dialogado, cooperação, valorização do conhecimento técnico, relações mais horizontais e menos desgastantes, e trabalho coeso em torno de um objeto comum. A identificação com o trabalho e o sentido de pertencimento ao grupo podem gerar maior mobilização de suas habilidades técnicas e capacidade de interação (SILVA; MOREIRA, 2015).

A integração entre profissionais requer tempo e investimento, pois se refere ao campo dos valores e do diálogo entre as competências e a capacidade de entender a autonomia como relação entre os saberes profissionais, na escolha da melhor prática, dos limites de sua ação frente à necessidade do usuário e no campo comum de atuação (SILVA; MOREIRA, 2015).

No Nasf, momentos de convivência juntos, em tempo e espaço, são ainda mais importantes, tendo em vista que o local de atuação dos profissionais é o território das EqSF. Em ambos os casos, atenta a esses aspectos e necessidades, a opção da gestão foi destinar um espaço físico exclusivo para a equipe do Nasf:

*Nossa sala é nosso porto seguro. Aqui nos encontramos, nos apoiamos, trocamos ideias, experiências, demandas e discutimos casos. Aqui, nos sentimos uma equipe, podemos pedir auxílio e aprender com o outro. (E5).*

A instituição de uma coordenação para o Nasf conferiu maior autonomia e fortaleceu o sentido de equipe do grupo de profissionais. Outro aspecto fundamental para o início dos trabalhos foi a decisão de limitar os atendimentos individuais, destinando a maior parte do tempo para apoio pedagógico.

Nos dois casos, a incorporação do Nasf foi indutora de mudanças na organização do processo de trabalho da APS. No C1, a implantação do Nasf ocorreu no momento em que a APS estava se reorganizando, com

apoio e condução da gestão. Como exemplo, os profissionais do Nasf, percebendo que as enfermeiras das EqSF eram responsáveis pela condução e organização dos processos de trabalho, criaram encontros mensais para trocas de experiências e vinculação.

*As enfermeiras desenvolviam seu trabalho isoladas. Percebemos várias coisas legais que elas faziam, mas ninguém sabia. Iniciamos um encontro mensal, com pauta livre, incentivando a troca. Isso facilitou refletir várias ações que davam certo e ajudou a uniformizar a atuação da ESF. (E3).*

No C2, a indução de mudanças ocorreu no momento da troca de gestão, em 2013, quando o modelo de atuação para a APS foi redesenhado. Até então, a assistência à saúde prestada à população era centrada na consulta médica e em prescrições. A nova gestão construiu, com os trabalhadores, uma visão para o município: ‘qualidade de vida a partir de uma tríade: alimentação saudável, atividade física e bem-estar psicológico’. Todas as ações tiveram esse embasamento e direção. Uma estratégia para suscitar o sentido de responsabilidade, pertencimento e colaboração foi nomear dois profissionais da rede como coordenadores de cada atividade, com temas e ações sistemáticas. A resistência de alguns profissionais foi uma dificuldade que precisou ser superada:

*De início, houve muitas dificuldades: a mudança na forma de trabalhar, entender o que era o Nasf, por onde começar, criar os programas, o convencimento dos profissionais, trabalhar e neutralizar a resistência dos médicos (houve demissões). Fazer com que todos visualizassem onde queríamos chegar. (E13)*

A decisão política de que o Nasf seria a estratégia para reorganizar o processo de trabalho na Atenção Básica (AB) é destaque no C2:

*O prefeito quer que a população entenda o que é*

*o Nasf. Nas atividades coletivas, estão presentes prefeito, vice-prefeito, primeira-dama, contemplando a parte política. A população passou a participar mais. (E13).*

Na organização ou reorganização do modo de operar o cuidado em saúde, devem estar envolvidos aqueles que produzem as necessidades de saúde, os que dominam certos saberes e práticas e operam sobre estas necessidades, mediados por aqueles que ocupam espaços institucionais de governo legitimados para conduzir o processo.

A presença do Nasf nos Planos Municipais de Saúde (PMS) e nas pautas dos Conselhos de Saúde (CS) contribuiu para sua institucionalização e sustentabilidade, e foi identificada em ambos os casos. No C1, o Nasf tem espaço de destaque no PMS vigente, ocupando 6 das 30 páginas do corpo do plano. Os protocolos elaborados pelo Nasf foram aprovados no CS:

*Os protocolos trazem a forma como o Nasf está estruturado, dá a direção. Se amanhã chegar um novo profissional, terá que seguir a orientação. (E6).*

## **B) PLANEJAMENTO E ARTICULAÇÃO**

Os espaços coletivos possibilitam encontros e constroem oportunidades para a análise e a tomada de decisão coletiva sobre temas relevantes. A realização de planejamento conjunto é importante espaço coletivo e de cogestão, com a função de também organizar o trabalho compartilhado e criar condições para a colaboração na ESF.

Os temas da cogestão e da democracia organizacional são defendidos por Cunha e Campos (2011) como fundamentais para a proposta de equipe de referência e apoio matricial. A cogestão implica o exercício compartilhado do governo, de um serviço ou programa, com coparticipação em todas as etapas. A democracia organizacional

depende da instituição de sistemas de gestão e da construção de espaços coletivos, objetivando compartilhar a gestão com as equipes de trabalho.

Nos dois casos, foi identificada a realização de planejamento anual para a APS pactuado em conjunto, entre Nasf, EqSF e gestão, com reavaliação periódica. Esse planejamento norteava todas as ações e refletia um movimento em busca da democracia organizacional.

No C1, o planejamento incluía todas as atividades do Nasf. As ações coletivas e de grupo foram pactuadas para o município a partir de um diagnóstico inicial da situação de saúde e cada EqSF fez adesão de acordo com suas necessidades. Era organizado um cronograma anual para atendimentos individuais e agenda de reuniões com a EqSF. A programação continha registro detalhado das ações: objetivos, público-alvo, periodicidade, responsáveis, atividades, recursos necessários e profissionais participantes. As avaliações ocorriam durante as reuniões do Nasf com a EqSF ou em encontros para essa finalidade, com inclusão de ações ou adaptações necessárias.

*O Nasf faz o elo entre todas as equipes, melhorou o planejamento, dando uma linha geral. Há um consenso entre as equipes, hoje: como atuar, como colaborar, como trabalhar juntos. E isso, o Nasf consolidou [...].* (E2).

No C2, as ações também eram planejadas anualmente, contendo todas as atividades previstas, inclusive as intersetoriais. Foram identificadas 26 atividades, com registro de objetivos, público-alvo, indicação de coordenadores e de participantes. Há um programa norteador, denominado Meses Coloridos, no qual todo mês um tema diferente associado a uma cor é trabalhado nos espaços de atuação e no acolhimento dos usuários na UBS, que recebe decoração e customização adequada a cada tema e cor.

Uma estratégia adotada pela gestão do

C2 é destinar parte do incentivo financeiro federal e estadual, e todo o recurso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) para custear material de apoio às atividades educativas, preventivas e para a aquisição de equipamentos e materiais necessários aos atendimentos específicos. *“Esse é o diferencial aqui, o recurso fica na saúde e temos autonomia para definir seu uso. Prevenção não é caro e funciona”* (E17).

Nos dois casos, o planejamento é assumido como um processo contínuo e dinâmico:

*Estamos sempre planejando: no planejamento anual, que tem reavaliação semestral; nas reuniões semanais de equipe, do Nasf; e nos encontros informais.* (E15).

No C2, foram elaborados protocolos de atuação e fluxo nas áreas de fisioterapia e saúde mental. Isto também está acontecendo na nutrição. Os protocolos organizam, direcionam e comprometem os diferentes atores para o cuidado e dão visibilidade ao processo articulado entre Nasf, EqSF e serviços especializados.

O monitoramento faz parte do processo de trabalho das equipes. Especialmente no C1, o PMAQ assumiu importante papel de mobilizador na definição de indicadores, informações e condutas. No C2, o sistema de informação estava organizado de forma a gerar indicadores de monitoramento da produtividade e de encaminhamentos do Nasf. Nos dois casos, o acompanhamento dos grupos e das atividades coletivas era registrado, e sua evolução era discutida com a EqSF. Ambos estavam em processo de migração para o software e-SUS, que passará a incorporar o registro das ações do Nasf. Ter uma linha de condução, dada pelo planejamento e monitoramento das ações, foi identificado como essencial para o trabalho.

O sucesso na adoção de tecnologias relacionais está ligado à disposição dos profissionais, à flexibilização de interesses compartilhados, à postura de acolher as

solicitações da equipe de referência, bem como à condução do processo de interação, de modo a evitar conflitos (MATUDA ET AL., 2015).

A reunião de EqSF é um espaço sistemático recomendado pelas diretrizes para a interação entre a própria EqSF e o Nasf (BRASIL, 2014). Sua operacionalização foi observada de forma distinta nos dois casos.

No C1, os profissionais do Nasf participaram mensalmente das reuniões de EqSF, até o início de 2015. Com a mudança de gestão, essa participação foi condicionada a convite, sob a alegação de excesso de reuniões. Essa decisão foi corroborada por alguns médicos, que acham inoportuno discutir casos, nas reuniões de equipe, na presença das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Observou-se uma importante redução da participação do Nasf nas reuniões.

*Está fazendo falta participar das reuniões de equipe. Na avaliação do final de ano, vamos defender novamente nossa posição de participar das reuniões. (E3).*

*Faz falta a discussão e o planejamento em conjunto com Nasf, que acontecia nas reuniões de equipe. (E7).*

No C2, não há reunião de equipe em separado. Tanto a EqSF quanto o Nasf participam da reunião geral da UBS, que ocorre semanalmente. Quando identificada alguma necessidade específica, são promovidos encontros com o Nasf ou parte dele.

Merhy (2015) chama a atenção para o uso de espaços informais como possibilidade de encontro e processo de educação permanente, podendo ocorrer como roda de conversa no café, no corredor, em qualquer espaço criado pelo grupo. Estas conversas não pedem licença para o organograma oficial ou para a hierarquia da organização, e ocorrem no cotidiano.

Nos dois casos, essa prática foi identificada e ocupa lugar central no apoio do Nasf

às EqSF, na discussão de casos, temas, como um processo de educação permanente, de troca de informação, de conhecimentos e até mesmo de decisões.

*Conversamos o tempo todo, acabamos discutindo casos, assuntos do trabalho; às vezes, decidindo o que fazer, como encaminhar um caso, em conversas na cozinha, nos corredores, no carro. (E12).*

A articulação com outros serviços e setores é uma estratégia amplamente adotada nos casos para responder à complexidade de demanda dos usuários e da comunidade, bem como para estabelecer uma rede de apoio mútuo. A comunicação é facilitada pelas gestões, o que demonstra o processo de consolidação de uma cultura da presença da ESF nas atividades municipais, muitas vezes, a partir do Nasf. Esta articulação amplia o campo de atuação da ESF, traz maior apropriação do território e facilita o itinerário do usuário pelos serviços. Identificar necessidades de outros setores ou serviços facilitou a articulação e trouxe utilidade para as ações. Além da assistência social e da educação, que mais tradicionalmente se articulam, tudo isso foi verificado com esportes, turismo e lazer, obras, agricultura, cultura. Com outros serviços de saúde também foi verificada boa comunicação. O uso de espaços e ações já existentes potencializa recursos e facilita proporcionar ao usuário uma atenção mais integral.

*Fizemos um mapeamento das atividades que já existem na cidade e nos articulamos para atuar em conjunto, ampliando nosso campo de atuação. (E20).*

Mecanismos ágeis de comunicação facilitam a integração entre as equipes, bem como apoiam a situações urgentes e imprevistas. Observou-se facilidade para a marcação de reunião específica, conversas informais, contatos por *e-mail* ou telefone e



uso do prontuário eletrônico, que tem acesso e registro de todos os profissionais de nível médio e superior.

*É muito boa a comunicação com o Nasf. A gente chama e já respondem por telefone ou, no máximo, em 24h, por e-mail, se estão em atendimento em outra unidade. (E12).*

A articulação entre os profissionais e destes com a gestão é vista como um processo consolidado. Relatos apontam que os entrevistados perceberam a inviabilidade do trabalho da AB sem essa articulação e integração com o Nasf.

*Não há mais como trabalhar sem esta articulação. (E14).*

*Nasf vem para auxílio, melhora a atuação em todas as atividades por melhorar a visão da equipe. Teríamos mais dificuldades para resolver determinadas situações. (E12).*

### C) APOIO ÀS EQUIPES DE REFERÊNCIA

No escopo de atuação do Nasf estão as ações realizadas de forma compartilhada com a EqSF ou na presença do usuário. O apoio assistencial se materializa nos atendimentos individuais clínicos e coletivos e na visita domiciliar. O apoio técnico pedagógico pode se dar em discussões de casos, reuniões de matriciamento, projetos terapêuticos, atendimentos compartilhados, atividades coletivas e educativas, qualificações de encaminhamentos, articulações intersetoriais e com a rede de atenção à saúde. Todas estas ações devem estar pautadas na interdisciplinaridade e na corresponsabilização.

No apoio assistencial, um dispositivo importante de integração e corresponsabilização é a regulação, pela EqSF, dos encaminhamentos para o Nasf (BRASIL, 2014). No C1, a regulação para o Nasf é feita pela EqSF, e no C2, pode ocorrer por solicitação da EqSF

ou no acolhimento na UBS, com escolha do profissional pelo usuário.

A visita domiciliar conjunta ou individual está na rotina dos casos. É reconhecida e aceita pela população, com destaque para a fisioterapia, a fonoaudiologia e a farmácia. *“Eles [usuários] dão mais importância para o que a gente orienta, valorizam a ida até lá, a atenção recebida, para além da equipe de SF” (E5).*

A cooperação interprofissional, inerente à atuação do Nasf, pode ser definida como o conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde. É um processo complexo, de múltiplos determinantes, voluntário e dinâmico, que implica constante negociação (D'AMOUR ET AL., 2005). O atendimento compartilhado não é um atributo comum da formação profissional e seu aprendizado tem sido conduzido no cotidiano, demandando tempo e disposição dos profissionais.

Campos e Domitti (2007) alertam que, de alguma forma, compartilhar práticas pode expor fragilidades individuais, tanto técnicas quanto relacionais, o que pode ser um entrave para a adesão a este tipo de trabalho. Nos dois casos, o atendimento compartilhado presencial acontece de forma esporádica, com a resistência de alguns médicos. A interconsulta e a terapia concomitante são mais frequentes e valorizadas pelos profissionais. *“Tem equipe que não consegue pensar em dois ou três profissionais dentro do consultório com o paciente. Não consegue administrar isso” (E4).*

A discussão de casos e a elaboração de projetos terapêuticos são finalidades da atuação compartilhada. Os profissionais entrevistados referiram que o Nasf ampliou a prática de discussão de casos, incorporando-a à rotina. Oliveira e Campos (2015) referem que o usuário deve poder participar da elaboração do seu projeto terapêutico, sendo, para isto, necessária a existência de relações dialógicas e comunicativas entre os atores.

Estudos têm identificado dificuldades na

elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN ET AL., 2013), o que foi corroborado nos casos estudados. Os profissionais referem dificuldades de compreensão e operacionalização das diretrizes ministeriais neste item. No C1, para facilitar a apropriação, um formulário foi criado para o registro de todas as etapas do PTS. Com a diminuição da participação do Nasf nas reuniões de EqSF, essa prática tem diminuído progressivamente, configurando a necessidade de ser incorporada como rotina na ESF. Atualmente, acontece em espaços informais de conversas. O C2 elabora PTS em espaços informais, e geralmente envolve um profissional da EqSF e um ou dois do Nasf. Não está na rotina reunir toda a EqSF para este fim, como preconizado pelo MS.

A oferta de grupos terapêuticos e educativos foi a ação pedagógica de maior crescimento após a incorporação do Nasf. Foram identificados 11 grupos em funcionamento no C1 e 15 grupos no C2. As categorias fisioterapia e psicologia se destacam nos grupos terapêuticos. Os problemas ortopédicos e de coluna, em sua maioria, são resolvidos pela fisioterapia em grupo. A psicologia concentra sua abordagem em pacientes que necessitam de espaços de escuta e conversa, abordando temas como: perda por óbito, separação de casais, desemprego, uso de álcool e outras drogas na família, e violência familiar. Os marcadores de condições crônicas e suas comorbidades são trabalhados em conjunto pelos educadores físicos e nutricionistas, com abordagem de mudança de estilo de vida.

Espera-se que o Nasf colabore na continuidade do cuidado do usuário e nas funções de coordenação e integração dos serviços. Merhy *et al.* (2014) consideram a constituição de redes vivas de cuidado, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes de atenção. A rede formal pode ser disparadora, mas será atravessada por outras redes informais. Existem, também, as redes intersetoriais, que estão vivas no

território. Além disso, os usuários produzem movimentos, elaboram saberes, constroem e partilham cuidados, o tempo todo. Franco e Merhy (2007) também discutem a constituição de uma rede que opera com base no trabalho vivo em ato e nas múltiplas conexões possíveis, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, de forma singular.

Foi possível identificar, nos casos, a constituição de redes singulares de cuidado à saúde. Elas se dão a partir do protagonismo dos trabalhadores da saúde e são construídas nos cuidados pensados para cada usuário ou grupo de usuários. Verificou-se uma série de composições, que estão na dependência da necessidade do usuário e da apropriação dos serviços existentes pelos profissionais. Funcionam por conexão e fluxos entre profissionais, equipes e serviços, embasados ou não em protocolos.

*Procuramos, hoje, olhar o que traz a pessoa ao serviço, que outros recursos já usa e acredita. E pensar o melhor cuidado para ela, pois hoje temos muito mais a ofertar, para além das consultas. (E20).*

Essas redes geralmente não têm visibilidade nem o reconhecimento dos gestores, mas operam com forte intensidade no dia a dia dos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2007).

Os modelos de atenção à saúde, nos dois casos, incorporaram aspectos de vários modelos, como ações em favor da melhoria da qualidade de vida dos usuários e o atendimento a todos, com maior atenção aos que estão em maior risco ou em sofrimento. A vigilância das situações de saúde nos territórios e a preocupação com o processo de trabalho contribuem para atender à complexa demanda da AB.

#### D) RESULTADOS DA ATUAÇÃO

Na percepção dos profissionais entrevistados, vários agravos tiveram redução de encaminhamento e estão sendo tratados e

acompanhados na AB. Apontaram diminuição dos encaminhamentos para psiquiatria, neurologia, neuropediatria, endocrinologia e ortopedia. Também relataram redução de demandas para aparelhos auditivos, testes da orelhinha, exames de ressonância. As internações são percebidas como em declínio, na média geral e nas causas sensíveis à APS. O uso de medicamentos para hipertensão, diabetes, controle de colesterol, além dos ansiolíticos e antidepressivos também foi reduzido, na percepção dos profissionais entrevistados.

Os profissionais relatam que as atividades de grupo ampliam o cardápio de ofertas da UBS, possibilitam atenção a maior número de usuários em condições semelhantes, previnem comorbidades, melhoram a qualidade de vida, diminuem o uso de medicamentos, evitam encaminhamentos e diminuem a presença dos usuários na UBS.

A avaliação das listas de espera para apoio do Nasf reduziu em 50% a demanda. Vários casos que precisam de especialistas continuam na fila de espera, mas algumas áreas, como a fisioterapia, a psicologia, a nutrição e a fonoaudiologia, contam com o acompanhamento do usuário pelo Nasf enquanto aguardam a consulta especializada, minimizando o agravamento da situação, ofertando cuidado e mantendo a vinculação com o usuário. “*Os profissionais Nasf agregam valor à equipe; os usuários valorizam mais do que só a atenção pela equipe*” (E6).

Na percepção dos entrevistados, a assistência realizada pelo Nasf ampliou a resolubilidade da APS. “*O atendimento individual resolve questões que a equipe não daria conta e evita encaminhamentos*” (E15).

Outro reflexo importante da atuação do Nasf foi a reorganização do processo de trabalho, possibilitada pela disponibilidade e pelo engajamento dos gestores e profissionais da saúde, que estavam voltados à prestação de um cuidado integral e de qualidade, conforme sintetiza o relato a seguir:

*Com a vinda do Nasf, mudou a percepção do que a gente quer e onde quer chegar. Até então, cada um trabalhava na sua função sem objetivo comum... Hoje, a equipe está focada no entendimento da saúde como um todo e em onde se quer chegar com aquele usuário, incorporando o contexto de vida das pessoas. Antes, vários profissionais atendiam o mesmo paciente e nunca houve troca sobre ele.* (E13).

A satisfação do profissional de saúde com o trabalho foi identificada em vários relatos. A existência de boas condições de trabalho, participação no planejamento e nas decisões, e o reconhecimento da gestão e dos usuários facilitam a fixação dos profissionais e suscitam disposição para o crescimento profissional.

*Fazer um bom trabalho e resolver problemas 'tá fazendo diferença na vida dos usuários e nosso lado profissional. O retorno das ACS e dos usuários faz diferença.* (E21).

## Desafios

A trajetória de integração dos profissionais do Nasf na ESF, nos casos estudados, foi considerada exitosa, mas permanecem desafios que merecem destaque. As diretrizes para o trabalho do Nasf são identificadas como abrangentes e pouco claras, o que dificulta sua apropriação, por parte dos profissionais e gestores. Outros estudos (HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN; BARROS, 2011) também levantaram essa dificuldade, que pode atrapalhar a inserção da lógica da colaboração interprofissional na ESF.

A forma de atuação das equipes do Nasf e da EqSF é definida com diferentes prioridades e tempos previstos para as atividades, apontando a necessidade de ajustes na atuação e nas diretrizes nacionais para a ESF, aspecto também evidenciado em outros estudos (MATUDA ET AL., 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN ET AL., 2013).

A discussão de casos foi assimilada e está inserida na rotina, na maioria das vezes por meio de conversas entre profissionais. Como demonstrado em estudos (HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN ET AL., 2013), persistem dificuldades na elaboração do PTS de acordo com a forma recomendada pelas diretrizes.

A resistência de alguns profissionais para uma atuação colaborativa prejudica o apoio matricial, evidenciando a necessidade de mudanças na formação profissional, de modo a estimular o trabalho em equipe. Esse aspecto pode estar relacionado às diferentes culturas das profissões. As estratégias voltadas à democratização dos processos de cogestão podem gerar conflitos relacionados a disputas de poder e diferentes conceituações de saúde-doença, valores e contextos de aprendizagem.

A demora nas portarias de credenciamento do Nasf e no repasse dos recursos, por parte do MS, dificulta a gestão do processo. Os gestores apontam como desafio à APS a insuficiência no financiamento e a dificuldade de garantir acesso oportuno às consultas e aos exames especializados, principalmente em municípios de pequeno porte. Os casos estudados, além de especialistas na rede, utilizam consórcios regionais e contratam institutos prestadores de serviço aos municípios.

*O nosso ponto fraco era a necessidade de especialidades. Já reduzimos a fila - que era de 4 mil pessoas - pela metade. Gastamos muito para garantir consultas e exames especializados, pois a PPI [Programação Pactuada e Integrada] do estado não atende à demanda. (E1).*

Mudanças na gestão podem comprometer a manutenção de processos essenciais ao trabalho, demandando estratégias de minimização de conflitos. A falta de um regulador geral para todas as especialidades e exames no município e a existência de matriciadores especialistas foram apontadas como necessidades para qualificar a atenção na APS.

## Conclusões

Este estudo considera a percepção dos entrevistados gestores e profissionais do Nasf e das EqSF. Para contribuir com a validade interna, foram utilizadas múltiplas fontes de evidência e a triangulação na análise de dados. Na análise das informações, houve poucas divergências, com diferenças de opiniões pessoais. A dinâmica da leitura, indo das informações para as categorias e vice-versa, também possibilitou melhor compreensão da intervenção. Foi possível identificar um conjunto de estratégias que contribuíram para uma atuação compartilhada entre o Nasf e a EqSF, bem como alguns desafios que persistem à sua integração com a APS.

O Nasf, nos casos estudados, foi participante ativo na reorganização dos processos de trabalho na ESF. Esse processo decorreu da mudança no modo de trabalho dos profissionais, caracterizado principalmente pela qualificação do trabalho em redes, tanto entre serviços quanto na microrrede entre os trabalhadores da EqSF; pela interação entre saberes e práticas, aumentando a multiprofissionalidade; e pela maior centralidade das tecnologias relacionais. O apoio no cuidado longitudinal do usuário conduzido pelo Nasf, assim como na integração e na coordenação entre serviços de saúde, e na articulação intersetorial fortalece a ESF. E, ainda, potencializa a criação de redes singulares de cuidado em saúde, pensadas para cada usuário ou coletivo e operacionalizadas a partir dos projetos terapêuticos integrados, viabilizados pela colaboração interprofissional.

A incorporação de diferentes categorias profissionais, por meio do Nasf, atuando de forma descentralizada junto às EqSF, aumentou a abrangência e a oferta de ações e facilitou o enfrentamento da complexa demanda da APS. O estudo identificou um processo de reestruturação fecunda no modo de produzir o cuidado.

Na articulação entre o Nasf e a EqSF,

devem ocorrer tanto ações clínicas, de cuidado especializado aos usuários, por parte dos profissionais do Nasf, a partir do encaminhamento e da coordenação dos profissionais generalistas da EqSF, quanto ações de suporte técnico pedagógico, quando demandados pela EqSF.

Contribuem para a institucionalização e a sustentabilidade do Nasf ações voltadas à sua formalização nos espaços institucionais e de deliberação de políticas públicas, bem como ações de gestão do processo de trabalho voltadas à democratização das relações interpessoais e à definição conjunta de objetivos e estratégias de atuação.

A criação de espaços coletivos e de cogestão, e processos ágeis de comunicação viabilizam o apoio matricial e a integração entre o Nasf e a EqSF. O planejamento conjunto, com acompanhamento e avaliação, é estruturante na organização dos processos de trabalho. Estratégias de gestão do trabalho, como espaços de discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos integrados, sempre que necessário, e a facilitação dos processos de educação permanente possibilitam a interdisciplinaridade, o comprometimento e a corresponsabilização nos casos estudados.

Os gestores ocupam papel fundamental na definição de estratégias de organização e condução de processos de democratização institucional, bem como na conformação do modelo de atenção à saúde. Para isto, além de competência, informação e comprometimento com a qualidade em saúde, precisam do apoio da instituição e dos governantes, com autonomia financeira e de decisão.

Persistem desafios para a integração do Nasf na APS, tais como: diretrizes abrangentes e tecnologias de trabalho com os quais os profissionais e gestores não estão aproximados; necessidade de incorporar o PTS e o atendimento compartilhado na rotina das EqSF, quando necessário; necessidade de ajustes no processo de trabalho das equipes

do Nasf e da EqSF, para atuação compartilhada; alinhamento da formação profissional com as propostas de reorganização da APS para o Brasil; e incorporação no cotidiano dos serviços de processos de questionamento, discussão e reflexão sobre a prática, considerando a subjetividade e o protagonismo dos atores envolvidos.

A proposta do Nasf tem a potencialidade de tensionar o processo de trabalho na APS, assumindo as tecnologias relacionais como orientadoras do processo de trabalho, tendo as tecnologias duras como subsidiárias. Para esta mudança nos processos de trabalho, além da adequação da formação e da incorporação de conhecimento, é necessária uma mudança na atitude dos profissionais, e, para isto, as estratégias pedagógicas orientadas pela educação permanente contribuem fundamentalmente. Paralelamente ao processo de reestruturação produtiva verificado, há um processo de subjetivação, de mudança na subjetividade dos trabalhadores implicados com a EqSF e o Nasf, bem como a aprendizagem de novos modos de trabalhar o cuidado. Este conjunto é o que leva, finalmente, às mudanças pretendidas.

Estudos em diferentes contextos e configurações do Nasf são essenciais para identificar formas de integração da equipe de apoio na APS e os resultados desta integração.

## Colaboradores

PANIZZI, M. contribuiu na concepção e no delineamento do estudo, na coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. LACERDA, J. T. e NATAL, S. colaboraram na concepção e no delineamento do estudo, na interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. FRANCO, T. B. participou da análise e redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

## Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*, v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica; 39). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>>. Acesso em: 1 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 1 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 1 mar. 2017.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, out./dez. 2011.
- D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, Quebec, v. 19, n. 1, p. 116-131, jul. 2009.
- FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23. p. 427-438, dez. 2007.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.
- HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, ago. 2014.
- LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.
- LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.
- MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015.
- MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- MERHY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 155-166, out. 2014.



MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 163-190.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, jan. 2015.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

\_\_\_\_\_. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, jun. 2000.

SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, out. 2015.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016  
Versão final em fevereiro de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer

*Stress and quality of life of the family caregivers of elderly with Alzheimer's disease*

Vanovya Alves Claudino Cesário<sup>1</sup>, Márcia Carréra Campos Leal<sup>2</sup>, Ana Paula de Oliveira Marques<sup>3</sup>, Karolyny Alves Claudino<sup>4</sup>

**RESUMO** Objetivou-se analisar a relação entre o estresse e a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos portadores da doença de Alzheimer. Trata-se de estudo quantitativo do tipo descritivo, realizado com 43 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Esses foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, à Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Short-form Health Survey e ao Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos Lipp. Verificou-se que os cuidadores familiares de idosos apresentam condições de saúde profundamente afetadas, propiciando um quadro de estresse o qual está relacionado com a sua qualidade de vida, em especial, nos domínios físicos, sociais e emocionais.

**PALAVRAS-CHAVE** Qualidade de vida. Cuidadores. Doença de Alzheimer. Família.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze the relationship between stress and quality of life of family caregivers of elderly with Alzheimer's disease. It is a quantitative study of descriptive type, conducted with 43 family caregivers of elderly with Alzheimer's. These were submitted to a semi-structured interview, the Brazilian Version of the Questionnaire Short-Form Health Survey of Quality of Life and the Inventory of Symptoms of Stress to Lipp Adults. It was verified that family caregivers of elderly present deeply affected health conditions, providing a stress frame which is related to their quality of life, especially in the physical, social and emotional domains.*

**KEYWORDS** *Quality of life. Caregivers. Alzheimer disease. Family.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.  
vanovya@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.  
marciacarrera@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.  
marquesap@hotmail.com

<sup>4</sup>Faculdade Maurício de Nassau de Caruaru - Caruaru (PE), Brasil.  
krol\_307@hotmail.com

## Introdução

Os cuidadores familiares do idoso portador da doença de Alzheimer, no Brasil, são submetidos a uma jornada diária incessante, repetitiva e desgastante, que envolve a realização de atividades domésticas, cuidado contínuo com o idoso, além do cumprimento de suas atividades empregatícias (GARCES *ET AL.*, 2012). Esse contexto favorece a fragilização do cuidador e o torna mais susceptível a riscos para sua saúde, promovendo estresse, isolamento, depressão, medo e angústias, além de comprometimento de sua qualidade de vida (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009).

A literatura ainda não possui uma definição consensual sobre qualidade de vida, pois é um complexo termo que se refere à percepção do indivíduo sobre sua própria vida, sendo uma construção subjetiva e multidimensional. Nessa perspectiva, envolve fatores culturais, necessidades espirituais, materiais, valores de cada indivíduo e sua experiência de vida, cuja avaliação pode variar entre bom e ruim (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008; PINTO *ET AL.*, 2009).

A indicação de uma má qualidade de vida, por parte do cuidador, pode ser associada ao desenvolvimento de um quadro de estresse. O termo estresse está relacionado a alterações, problemas, dificuldades ou efeitos adversos que desencadeiam desajustes físicos e psicológicos relativos a uma questão específica (GARCES *ET AL.*, 2012).

O estresse do cuidador pode afetar negativamente a sua vida e o cuidado que presta ao idoso, evidenciando a relevância da compreensão de sua qualidade de vida para que seja possível o auxílio na melhora da saúde tanto de quem cuida como de quem é cuidado (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de que haja uma aproximação quanto às repercussões que as variáveis relacionadas à qualidade de vida podem gerar sobre o nível de estresse do cuidador familiar, a fim de fornecer subsídios que o

auxiliem no cuidado com o idoso acometido por essa doença e consigo mesmo. Dessa maneira, poderá facilitar a orientação dos cuidadores familiares do paciente idoso portador de Alzheimer, já que o componente emocional, associado à qualidade de vida do cuidador, pode exercer impacto sobre o processo de cuidado.

Este estudo teve por objetivo analisar a relação entre o estresse e a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos portadores da doença de Alzheimer, bem como entre cada fase do estresse e os domínios de qualidade de vida desse cuidador.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, a qual constitui parte de uma dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, em 2015.

Os participantes da pesquisa foram todos os cuidadores familiares de pessoa idosa com Alzheimer que frequentavam os grupos de apoio da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), Regional Pernambuco, situados em Recife, e os cuidadores familiares de idosos que participavam do grupo de apoio aos cuidadores de idosos portadores de Alzheimer realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco, durante o período de janeiro a junho de 2014, perfazendo um total de 43 cuidadores familiares.

Os cuidadores que concordaram em participar da pesquisa receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações referentes aos procedimentos da pesquisa e seus objetivos. Também foram informados de que o estudo não oferecia riscos, danos ou desconfortos previsíveis para sua saúde, que sua identidade seria mantida em sigilo por ocasião da publicação dos resultados da pesquisa e que

podiam se recusar a participar e se retirar dela, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua assistência na instituição.

Para a caracterização dos investigados, inicialmente, foi realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado, composto por questões fechadas e semiabertas, organizado em blocos por conjuntos temáticos. O roteiro investigou informações referentes ao perfil do cuidador, através de dados sociodemográficos e condição de saúde. Em seguida, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) e a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Short-form Health Survey (SF-36), em português.

O ISSL tem por finalidade determinar se o indivíduo tem estresse, a predominância sintomatológica (física ou psicológica) que apresenta e a fase (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) em que se encontra. Esse instrumento torna-se viável por considerar que o estresse não é somente indicação de patologias e sensações desagradáveis, uma vez que considera a sua fase de alerta como sendo positiva, tratando-se, inclusive, de uma condição vital para o ser humano se manter conectado com o mundo e continuamente motivado. Essa é uma característica essencial para este estudo, já que, conforme a literatura, alguns indivíduos podem vislumbrar um sentido maior para sua existência quando se tornam cuidadores ou ao vivenciarem a sensação de plenitude que constitui a fase de alerta do estresse. Dessa forma, esse instrumento permite detectar mais precisamente quando essa condição é ultrapassada e os indivíduos começam a apresentar patologias em virtude do estresse.

A análise dos resultados do referido instrumento foi realizada por um psicólogo, através de tabelas do próprio manual, transformando os dados brutos em porcentagens, de maneira que a maior porcentagem total indica, entre os respondentes estressados, a fase em que se encontram.

O SF-36 foi aplicado para aferir a qualidade de vida dos cuidadores familiares. O mesmo teve sua licença fornecida pela Optum Insight Life Sciences pelo período de vigência de 03/01/2014 a 03/01/2015, sob a numeração QM023278. Esse questionário, validado para o português em 1999, é composto por 36 questões de múltipla escolha, as quais são distribuídas em oito domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; aspectos emocionais; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; e saúde mental. Além de possuir uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atuais e as de um ano atrás.

Os domínios verificam tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os positivos (bem-estar ou qualidade de vida). Os escores variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 indica o pior, e 100 o melhor estado para cada domínio, de forma que no presente estudo foram considerados piores os escores cujos domínios corresponderam a menos de 50, e melhores aqueles cujos domínios totalizaram um escore igual ou maior que 50.

Esse questionário é sistematizado pelo programa Optum Insight Life Sciences, o qual, ao serem inseridas as respostas de cada respondente, indica o escore de cada um com relação aos oito domínios supracitados.

Os dados foram sistematizados em um banco de dados que, para garantir sua confiabilidade, teve dupla entrada. Posteriormente, realizou-se a análise quantitativa das informações, mediante processo sistematizado em base estatística, utilizando o programa R Commander for Windows, versão 2.11.1.

Inicialmente, realizaram-se as análises das variáveis, através de frequências absolutas e relativas (variáveis categóricas), médias e desvio padrão, visando à descrição dessas variáveis e a evidenciar a maneira pela qual se encontram distribuídas na população do estudo. Posteriormente, efetivou-se o cruzamento entre elas com o intuito de verificar

a existência de possíveis associações, através do teste exato de Fisher, com nível de significância adotado para os testes estatísticos de 5% ( $p < 0,05$ ).

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto intitulado 'Avaliação do conhecimento dos cuidadores familiares sobre o processo de envelhecimento e a doença de Alzheimer', registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (Certificado de apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 15131513.0.0000.5208).

Todo o processo de investigação atendeu aos requisitos preestabelecidos na Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos.

## Resultados

Os cuidadores familiares de idosos avaliados neste estudo apresentaram média de idade de 56,98 anos ( $dp=11,39$ ), tempo médio de cuidado de 4,64 anos ( $dp=2,98$ ), com 55,8% exercendo a função de cuidador há mais de 3 anos, havendo predominância do sexo feminino ( $n=37$ ; 86%); quanto ao grau de parentesco com o idoso, havia 33 (76,8%) esposas ou filhas; 27 participantes (62,8%) possuíam vínculo empregatício; e 16 (37,2%) referiram apresentar alguma morbidade.

Neste estudo, verificou-se que, entre os domínios que expressam fatores relacionados à qualidade de vida, destacam-se as reduzidas médias em vitalidade (48,84) e aspectos sociais (56,69), conforme *tabela 1*.

Tabela 1. Valores médios dos escores do SF-36 dos cuidadores da população normal brasileira, de outro estudo com cuidadores familiares de idosos com Alzheimer e deste estudo, realizado em Recife (PE), 2014

Domínios de qualidade de vida	Estudo*	Brasil**	Pinto et al.***
Capacidade Funcional	74,30	75,5	82,9
Limitações por aspectos físicos	70,35	77,5	58,1
Dor corporal	58,60	76,7	63,6
Estado geral de saúde	62,60	70,2	71,1
Vitalidade	48,84	71,9	56,8
Aspectos sociais	56,69	83,9	63,6
Aspectos emocionais	64,73	81,7	58,1
Saúde mental	58,95	74,5	60,3

Fonte: \*Dados da pesquisa, 2014. \*\*Dados da pesquisa de Laguardia et al. (2013). \*\*\*Dados da pesquisa de Pinto et al. (2009).

Ao analisar o estresse, conclui-se que 27 (62,8%) participantes da pesquisa apresentam esse quadro, 22 (51,2%) estão na fase de resistência e 5 (11,6%) estão na de quase exaustão.

Entre os sintomas predominantes que favorecem o quadro de estresse, 16 (59,3%) cuidadores familiares apresentaram sintomatologias psicológicas em detrimento das físicas (*tabela 2*).

Tabela 2. Predominância dos sintomas entre os cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e da ABRAz-PE que evidenciaram estresse. Recife (PE), 2014

Predominância de sintomas	Frequência	%
Psicológicos	16	59,3
Físicos	7	25,9
Físicos/Psicológicos	4	14,8
Total	27	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na *tabela 3*, verifica-se associação estatisticamente significativa entre o estresse e os domínios de qualidade de vida, referentes a aspectos físicos ( $p=0,0346$ ), aspectos sociais ( $p=0,0229$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,0013$ ).

Tabela 3. Associação entre o estresse e os domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e da ABRAz-PE. Recife (PE), 2014

Variável	Classificação	Estresse		Total	p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		Não	Sim		
Capacidade Funcional	Pior	0	2	2	0,5216
	Melhor	16	25	41	
Aspectos físicos	Pior	0	7	7	0,0346*
	Melhor	16	20	36	
Dor corporal	Pior	3	11	14	0,1865
	Melhor	13	16	29	
Saúde em geral	Pior	3	8	11	0,4942
	Melhor	13	19	32	
Vitalidade geral	Pior	4	16	20	0,0563
	Melhor	12	11	23	
Aspectos sociais	Pior	2	13	15	0,0229*
	Melhor	14	14	28	
Aspectos emocionais	Pior	0	12	12	0,0013*
	Melhor	16	15	31	
Saúde mental	Pior	2	11	13	0,0855
	Melhor	14	16	30	
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>27</b>	<b>43</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\* $p<0,05$ .



A análise estatística entre as variáveis relativas à qualidade de vida com a fase do estresse, na *tabela 4*, demonstra associação estatisticamente significativa com os domínios

capacidade funcional ( $p=0,0089$ ), aspectos físicos ( $p=0,0245$ ), dor corporal ( $p=0,0429$ ), vitalidade ( $p=0,0477$ ), aspectos sociais ( $p=0,0123$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,0002$ ).

Tabela 4. Associação entre a fase do estresse e os domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e da ABRAz-PE. Recife (PE), 2014

Variável	Classificação	Fase estresse			Total	p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		Quase exaustão	Resistência	Não se aplica		
Capacidade Funcional	Pior	2	0	0	2	0,0089*
	Melhor	3	22	16	41	
Aspectos físicos	Pior	1	6	0	7	0,0245*
	Melhor	4	16	16	36	
Dor corporal	Pior	4	7	3	14	0,0429*
	Melhor	1	15	13	29	
Saúde em geral	Pior	3	5	3	11	0,2073
	Melhor	2	17	13	32	
Vitalidade geral	Pior	4	12	4	20	0,0477*
	Melhor	1	10	12	23	
Aspectos sociais	Pior	4	9	2	15	0,0123*
	Melhor	1	13	14	28	
Aspectos emocionais	Pior	4	8	0	12	0,0002*
	Melhor	1	14	16	31	
Saúde mental	Pior	3	8	2	13	0,0791
	Melhor	2	14	14	30	
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>43</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\* $p<0,05$ .

## Discussão

O aumento da incidência e da prevalência das doenças crônico-degenerativas, a partir do final do século XX, fez emergir no cenário nacional a figura do cuidador de idosos, evidenciando a importância de caracterizá-lo e de compreender suas necessidades. Ao realizar uma pesquisa sobre o perfil de cuidadores principais e seus respectivos idosos familiares com Alzheimer, Matos e Decesaro

(2012) identificaram uma maior frequência de mulheres cuidadoras (88,7%), entre as quais, destacavam-se as filhas e as esposas, corroborando os achados do presente estudo, no qual 76,8% dos cuidadores eram filhas ou esposas.

O cuidado, na população brasileira, ainda está intrinsecamente ligado a questões relacionadas ao sexo. Isso se dá porque, cultural e socialmente, ainda é considerada como sendo uma característica da mulher adaptar-se às exigências dos familiares,

prover assistência e organização da vida familiar, em virtude de exercer o cuidado dos filhos, atividades domésticas e familiares e, portanto, estar mais preparada para desempenhar o referido papel, enquanto o homem deve ser o provedor financeiro da família (LENARDT *ET AL.*, 2010; BORGHI *ET AL.*, 2013).

Cachioni *et al.* (2011) referem que essa responsabilidade feminina é acentuada porque, na maioria dos países ocidentais, as esposas se destacam por, geralmente, terem uma maior expectativa de vida do que os cônjuges, além de serem mais jovens que seus maridos. E, quando elas não conseguem exercer esse cuidado, socialmente, é determinado que ele deve ser assumido pelas filhas.

No entanto, faz-se necessário ressaltar que a população feminina, em detrimento da masculina, também se predispõe muito mais à participação em grupos de apoio, em que possa compartilhar suas dificuldades e seus aprendizados, o que pode ter suscitado essa predominância relacionada ao sexo.

Lenardt *et al.* (2011) observaram que um expressivo percentual (91,8%) realiza uma ou mais atividades além do cuidado, convergindo com os achados deste estudo. O cuidado contínuo com o idoso, associado à realização de outras tarefas, é uma característica presente na realidade dos familiares cuidadores, o que propicia uma maior sobrecarga na vida desses indivíduos, uma vez que ações cotidianas – como banho, alimentação, administração de medicações, higienização – tornam-se situações desgastantes pela resistência do idoso a realizá-las, devido aos seus distúrbios comportamentais e de memória, que o induzem a acreditar que são dispensáveis, inadequadas ou imposições repressoras. Dessa forma, em virtude dos comprometimentos físicos e emocionais, decorrentes dessa exposição prolongada a situações de desgaste, uma maior predisposição ao desenvolvimento de quadros de estresse é verificada entre os cuidadores, demonstrando o quanto a saúde desses indivíduos torna-se vulnerável (LENARDT *ET AL.*, 2010).

No entanto, Moraes e Silva (2009) observaram, sob uma ótica distinta, que a realização de outras atividades impede o isolamento social desses indivíduos, permitindo que possam interagir com situações diferentes do cuidado e, portanto, estar e se sentir mais presentes no convívio familiar e profissional.

No presente estudo, o elevado percentual (55,8%) de cuidadores que exercem essa função há mais de 3 anos é ratificado pela pesquisa de Seima, Lenardt e Caldas (2014), que constataram que 61% dos entrevistados exerciam esse cuidado há um tempo prolongado, o que poderia determinar um aumento de sua sobrecarga.

A tarefa de cuidar pode propiciar o desenvolvimento de morbidades entre aqueles que a desempenham, conforme verificado neste estudo, onde 37,2% dos entrevistados referiram alguma morbidade. Ratificando essa realidade, Santos e Gutierrez (2013) puderam identificar que uma porcentagem significativa (62%) relatou algum tipo de doença, enquanto 32,1% indicaram ter mais de uma patologia, destacando-se hipertensão, tireoidopatias, osteoporose e diabetes.

O adoecimento desse familiar pode ser relacionado à intensa convivência com a pessoa com Alzheimer, a qual é permeada de situações desgastantes, pois o cuidador tem seu modo de vida desestruturado, visto que apresenta conflitos familiares e profissionais mais intensos que as pessoas que não exercem essa função. Assim, a rotina propicia o aumento das chances dos cuidadores desenvolverem problemas de saúde física, sintomas psiquiátricos e comorbidades, porquanto o autocuidado do familiar que realiza essa assistência, diversas vezes, torna-se inexistente (BORGHI *ET AL.*, 2013).

O impacto das situações desgastantes sobre a vida dos cuidadores poderia ser minimizado mediante uma maior distribuição de atribuições entre os familiares desse idoso com Alzheimer, evitando a concentração de responsabilidades em um único familiar, além de um adequado suporte profissional sobre as características da

patologia em si e seus reflexos sobre as atitudes e ações do familiar com a patologia, bem como acerca do autocuidado de cada familiar cuidador (LENARDT *ET AL.*, 2010).

No processo saúde-doença, deve-se compreender que a avaliação de saúde dos indivíduos apresenta aspectos inteiramente subjetivos, os quais podem ser contemplados com análise de sua qualidade de vida. Ao passo que ela nos aproxima da percepção de cada indivíduo sobre si e sua satisfação individual e social, é possível compreender os desejos, carências, expectativas e frustrações de cada ser humano mediante as múltiplas dimensões da sua vida (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

Os dados referentes à qualidade de vida neste estudo, ao serem comparados com a população normal brasileira, investigada por Laguardia *et al.* (2013) em um inquérito domiciliar de base populacional com 12.423 chefes de família e cônjuges residentes em todas as regiões do Brasil, apresentaram médias menores nos oito domínios (*tabela 1*). Isso indica que a população estudada percebe mais desfavoravelmente seu estado de saúde em relação à média da população brasileira. Enquanto isso, estudo realizado por Pinto *et al.* (2009) constatou que, apesar dos valores médios dos domínios de qualidade de vida estarem abaixo dos níveis nacionais, ainda superavam os apresentados pela população investigada neste estudo, exceto quanto às limitações por aspecto físico e aspectos emocionais.

Essa pior qualidade de vida entre os cuidadores familiares pode estar relacionada à devastadora experiência de cuidar, que acarreta preocupações sobre a evolução e o prognóstico da doença, além do estresse diário (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008). Vargas-Escobar (2012) ressalta que o cuidar promove comprometimentos nos aspectos físico, emocional, espiritual e social daqueles que o realizam. Isso porque gera desde esgotamento físico, baixa autoestima, subvalorização de suas necessidades, isolamento social até preocupações em herdar essa patologia.

A gama de comprometimentos que afetam os cuidadores evidencia a necessidade de que haja uma maior aproximação com suas carências, visto que a qualidade de vida desses familiares gera reflexos diretos sobre a qualidade de vida dos idosos demenciados, demonstrando que a família deve ser considerada, além de cuidadora, unidade a ser cuidada.

Poltroniere, Checchetto e Souza (2011) reafirmam a importância de que haja especial atenção aos cuidadores familiares, em particular, pelos profissionais de saúde, para que seja possível conhecer suas fragilidades e potencializar a atuação dos mesmos, haja vista serem eles os que continuamente exercem a assistência, evitando o desenvolvimento de complicações e promovendo o bem-estar da pessoa com Alzheimer.

O papel de cuidar possui relação direta com o estresse, visto que promove impactos na saúde, no equilíbrio familiar e na qualidade de vida daqueles que o realizam, ao passo que também ocasiona reflexos sobre a aceitação da condição do paciente e o cuidado a ser desenvolvido. De acordo com Lipp (2011), o estresse é uma reação do organismo que pode gerar comprometimentos físicos, psicológicos e afetar, especialmente, as pessoas que se encontram em situações de potencial e constante tensão, tais como os cuidadores.

Horiguchi e Lipp (2010), ao realizarem um estudo com mulheres que cuidavam de pessoas com o diagnóstico de Doença de Alzheimer, verificaram que 75% delas apresentavam estresse, entre as quais, 70% estavam na fase de resistência e 40% apresentavam predominância de sintomas psicológicos, o que converge com os achados do presente estudo, no qual 62,8% dos entrevistados estavam estressados, 51,2% na fase de resistência e 59,3% daqueles que apresentaram estresse possuíam predominância de sintomas psicológicos.

A literatura referencia que, entre aqueles que realizam a assistência, o estresse pode ter como fatores causais a falta de informação, o

sentimento de despreparo para exercer essa função e a angústia de viver com o sofrimento de outra pessoa, evidenciando que essa condição apresenta uma íntima relação com questões psicológicas (MIYAZAKI ET AL., 2010).

A fase de resistência verificada indica que a pessoa está tentando lidar com as situações estressoras que vivencia, a fim de manter o seu equilíbrio interno. No entanto, evidencia, também, que o quadro de estresse está instalado, o que torna necessário um esforço mais intenso para que haja o resgate de sua homeostase corporal (LIPP, 2011).

Nesse processo de readquirir o seu equilíbrio, os cuidadores apresentam sintomas de aspecto psicossocial, os quais, associados a outros aspectos negativos da sua vida, podem predispor o desenvolvimento de comorbidades. Ao passo que patologias vão emergindo entre os cuidadores, a prevalência da fase de quase exaustão do estresse se sobressai, conforme identificado neste estudo, sendo ela caracterizada pelo início de um processo de adoecimento, provocando, entre aqueles que realizam o cuidado, a deterioração dos órgãos mais vulneráveis, o que justifica o comprometimento dos diversos domínios de qualidade de vida e, portanto, a associação entre a fase do estresse e a funcionalidade, aspectos físicos, dor corporal, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais (LIPP, 2011).

Oliveira *et al.* (2011) verificaram uma relação intrínseca entre internação do idoso em instituições de longa permanência e estresse do cuidador. Para tanto, eles sugerem que a redução da sobrecarga do cuidador poderia contribuir para a diminuição de seus níveis de estresse e, conseqüentemente, adiar ou evitar a internação dos idosos dependentes, favorecendo a melhora da qualidade de vida de ambos.

A associação entre o estresse e os domínios relativos à qualidade de vida do cuidador, aspectos sociais, emocionais e físicos, identificada neste estudo, corrobora a literatura, a qual refere que o desgaste proveniente da atividade de cuidar predispõe um quadro de estresse, além de gerar limitações

na vida desses indivíduos. O cotidiano do cuidador pode ser tão permeado dessas limitações que suas necessidades se anulam. Gradativamente, ele vai se privando de sua vida social, do lazer e até mesmo da sua individualidade, e sua existência torna-se, em diversas situações, apenas uma extensão da vida do idoso com demência (GARCES ET AL., 2012).

Essa realidade pode se manifestar de forma concreta no cuidador quando a sua qualidade de vida, relativa ao domínio físico, é afetada, e se torna possível visualizar alterações corporais e fisiológicas que são conseqüências do trabalho excessivo e estressante que tem praticado em sua rotina (OLIVEIRA ET AL., 2011).

Esses dados demonstram a multidimensionalidade de um quadro de estresse, o qual envolve desde as condições físicas e emocionais dos indivíduos até sua relação com a sociedade, reafirmando a questão da necessidade de um suporte aos cuidadores, os quais modificam toda sua vida em função dessa nova atribuição.

Essa necessidade é corroborada pelo artigo 19 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, o qual referencia a obrigatoriedade de a instituição de saúde prestar atendimento e orientação aos cuidadores familiares e grupos de autoajuda para o cuidado de idosos. No entanto, atualmente, não há programas, banco de dados ou instituições governamentais que possuam informações sobre os cuidadores familiares em Recife, demonstrando a fragilidade das políticas públicas vigentes nesse município (BRASIL, 2003).

Mediante o contexto supracitado, o presente estudo apresenta algumas limitações, tais como: o reduzido número da população, do ponto de vista estatístico, e sua composição por cuidadores familiares vinculados a instituições específicas, o que impossibilita que os achados possam ser expandidos para a população de cuidadores em geral. Dessa forma, é sugerida a realização de estudos posteriores sobre a temática explanada, os quais possam contemplar uma população mais ampla e representativa dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer no Brasil.

Contudo, é notório que a saúde desses indivíduos encontra-se profundamente afetada, a tal ponto que o quadro de estresse relacionado ao cuidado pode influenciar a percepção dos cuidadores familiares sobre o seu estado de saúde, bem como afetar a assistência prestada, a continuidade da disponibilidade familiar e a saúde do idoso com Alzheimer.

## Conclusões

O presente estudo evidenciou que a qualidade de vida dos cuidadores familiares está intrinsecamente relacionada ao estresse, de maneira que tais condições podem influenciar diretamente o cuidado a ser prestado. Dessa forma, torna-se preocupante o fato do envelhecimento populacional no Brasil estar conduzindo ao aumento de casos da doença de Alzheimer. Isso ocorre porque, atualmente, os cuidadores sentem-se desassistidos devido à ausência ou ao reduzido apoio governamental, o que faz com que se sintam inaptos ou esgotados no desempenhar desse cuidado.

A participação dos entrevistados em grupos de apoio não governamentais, que evidencia um suporte social diferenciado, poderia ser um dos fatores que atenuassem os aspectos negativos do estresse e favorecesse os positivos nesta pesquisa. Apesar disso, o impacto desfavorável do estresse na vida dos cuidadores pôde ser ratificado com o significativo percentual de indivíduos que estavam nas fases negativas do estresse, o que demonstra o quão preocupante é a condição de saúde dos investigados.

Esse achado propicia uma reflexão ainda mais profunda com relação à sensação de desassistência daqueles cuidadores que não têm a oportunidade de participar de grupos de apoio e vivem em situações mais adversas, conjuntura que acentua o risco deles desenvolverem quadros mais graves de estresse, além de outros comprometimentos. Evidenciando a necessidade de orientação desse familiar pelas equipes de saúde da

família, de forma a estabelecer as atribuições da família, cuidador e equipe para com esse idoso, os auxiliando, inclusive, no desempenho de atividades de alta complexidade que exijam maiores conhecimentos científicos para serem executadas (MUNIZ *ET AL.*, 2016).

Nesse contexto, a perspectiva é de que os cuidadores familiares brasileiros tornem-se potenciais pacientes do sistema de saúde ou se sintam impotentes a tal ponto que favoreça um quadro de institucionalização de idosos com Alzheimer (LENARDT *ET AL.*, 2011; GARCES *ET AL.*, 2012; MARINS; HANSEL; SILVA, 2016). Ambas as perspectivas são alarmantes, já que refletem um ciclo de adoecimento dos familiares e/ou dessocialização do idoso.

Essa realidade evidencia a necessidade de maiores pesquisas, investigações e estudos relacionados aos cuidadores familiares, sua realidade, qualidade e condições de vida. Isso para que possam subsidiar os profissionais de saúde no auxílio a estes indivíduos, além de direcionar o desenvolvimento de políticas públicas que subsidiem o cuidado ao idoso com Alzheimer, favorecendo uma melhor qualidade de vida para o idoso e para o cuidador e, conseqüentemente, uma melhor assistência e a continuidade da disponibilidade familiar nessa árdua jornada.

## Colaboradores

Vanovya Alves Claudino Cesário – concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Márcia Carréra Campos Leal – concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Ana Paula de Oliveira Marques – análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Karolynny Alves Claudino – análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. ■

## Referências

- ALMEIDA, K. S.; LEITE, M. T. L.; HILDEBRANDT, L. M. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], v. 11, n. 2, p. 403-12, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2013.
- BORGHI, A. C. *et al.* Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, [07 telas], jul./ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf)>. Acesso em: 26 de ago. 2013.
- BRASIL. Lei de no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 out. 2003, seção 1, p. 1-6. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/712903/pg-6-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-03-10-2003>>. Acesso em: 27 dez. 2012.
- CACHIONI, M. *et al.* Elderly patients with Alzheimer's disease and their family relationships: Caregiver perspectives. *Dement. Neuropsychol.*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 114-122, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dn/v5n2/1980-5764-dn-5-02-00114.pdf>>. Acesso em: 5 de ago. 2014.
- GARCES, S. B. B. *et al.* Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n2/16.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2012.
- HORIGUCHI, A.; LIPP, M. E. N. Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais. *Psychiatry on line Brasil*, [Internet], v. 15, n. 3, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano10/art0310.php>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- LAGUARDIA, J. *et al.* Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 889-97, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt\\_1415-790X-rbepid-16-04-00889.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt_1415-790X-rbepid-16-04-00889.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- LENARDT, M. H. *et al.* O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. *Rev. Min. Enferm.* Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 301-7, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/120>>. Acesso em: 9 set. 2014.
- LENARDT, M. H. *et al.* A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colomb Med.*, Cali, v. 42, n. 2, Supl. 1, p. 17-25, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/request?rc11036>>. Acesso em: 13 out. 2013.
- LIPP, M. E. N. *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- MARINS, A. M. F.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0352.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.
- MATOS, P. C. B.; DECESARO, M. N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 857-65, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14775/13350>>. Acesso em: 30 mar. 2015.
- MIYAZAKI, E. T. *et al.* Patients on the Waiting List for Liver Transplantation: Caregiver Burden and Stress. *Liver transplantation*, Filadélfia, v. 16, n. 10, p. 1164-68, out. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.22130/epdf>>. Acesso em: 9 abr. 2015.
- MORAES, S. R. P.; SILVA, L. S. T. An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1807-1815, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>.



org/pdf/csp/v25n8/17.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MUNIZ, E. A. *et al.* Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 172-182, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0172.pdf>>. Acesso em: 24 de out. 2016.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 234-40, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a03v20n2.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

PAULA, J. A.; ROQUE, F. P.; ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *J Bras Psiquiatr*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a11v57n4.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

PINTO, M. F. *et al.* Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o

que os enfermeiros sabem? *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 270-8, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n2/a09v32n2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SANTOS, C. F.; GUTIERREZ, B. A. O. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. *Rev Min Enferm*, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 792-98, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/887>>. Acesso em: 5 ago. 2014.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 233-40, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0233.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

VARGAS-ESCOBAR, L. M. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichán [online]*, Bogotá, v. 12, n. 1, p. 62-76, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a07.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

---

Recebido para publicação em julho de 2016  
Versão final em dezembro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Dor lombar, flexibilidade muscular e relação com o nível de atividade física de trabalhadores rurais

*Low back pain, muscle flexibility and relationship with the level of physical activity of rural workers*

Marcia Regina da Silva<sup>1</sup>, Fátima Ferretti<sup>2</sup>, Junir Antonio Lutinski<sup>3</sup>

**RESUMO** O objetivo foi investigar a dor lombar, flexibilidade muscular e relação com o Nível de Atividade Física (NAF) de trabalhadores rurais. Pesquisa transversal com 184 trabalhadores rurais, 44,24 ( $\pm 10,83$ ) anos. Avaliou-se o NAF pelo Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq); dor e disfunção lombar pela Escala Visual Analógica da dor (EVA) e Índice de Incapacidade Oswestry (IIO); avaliação da Flexibilidade Toracolombar (FBW) e de isquiotibiais (Ângulo Poplíteo – AP – e Teste de Elevação da Perna Retificada – TEPR). Os dados foram analisados pelos testes Kruskal Wallis, seguido pelo U de Mann-Whitney e correlação de Spearman. Houve correlação negativa entre a EVA com a FBW, AP e TEPR. A variação da dor pela EVA foi alta, e indivíduos sedentários possuem menor flexibilidade de isquiotibiais.

**PALAVRAS-CHAVE** Dor lombar. Amplitude de movimento articular. Esforço físico. População rural. Fisioterapia.

**ABSTRACT** *The aim was to investigate low back pain, muscle flexibility and relationship with the Level of Physical Activity (LPA) of rural workers. It is a cross-sectional survey with 184 rural workers, 44.24 ( $\pm 10.83$ ) years. We evaluated the LPA by Ipaq; pain and lumbar dysfunction by Visual Analog Scale (VAS) and Oswestry disability index (ODI); evaluation of thoracolumbar flexibility (TF) and hamstrings (PA and SLR). The data were analysed by Kruskal Wallis test followed by Mann-Whitney test and Spearman correlation. There was a negative correlation between the VAS with the TF, PA and SLR. The variation of pain by VAS was high and sedentary individuals have less flexibility of hamstring.*

**KEYWORDS** *Low back pain. Range of motion, articular. Physical exertion. Rural population. Physical therapy specialty.*

<sup>1</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Graduação em Fisioterapia – Chapecó (SC), Brasil.  
marciaf@unochapeco.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Chapecó (SC), Brasil.  
ferrettifisio@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Chapecó (SC), Brasil.  
junir@unochapeco.edu.br

## Introdução

A saúde do trabalhador tem-se constituído em um tema central de pesquisas no campo da saúde pública, investigando as condições de trabalho que podem predispor ao adoecimento. A pesquisa realizada por Moreira *et al.* (2015) buscou analisar a saúde de trabalhadores da atividade agrícola no Brasil, identificando a percepção de saúde e as morbidades referidas no banco da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), e evidenciou que a ocupação agrícola diminuiu a chance dessa população referir sua saúde como boa e aumentou a chance de referir doenças na coluna vertebral, enfermidade que geralmente traz a dor como sintoma associado.

As causas mais comuns de adoecimentos nos trabalhadores rurais estão relacionadas com as excessivas demandas físicas do trabalho, sendo que as Doenças Osteomusculares (Dort) são as que mais afetam os trabalhadores, ocasionando dor lombar (ALVES; GUIMARÃES, 2012). A elevação e transporte de cargas pesadas, flexão e extensão prolongada e repetida da coluna e movimentos repetitivos estão entre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões e quadros álgicos (FATHALLAH, 2010). Entre os processos de dor, destacam-se as lombalgias, em função da alta incidência, pois se estima que entre 60% e 80% dos indivíduos, em geral, sofrem de sintoma de dor lombar em algum momento da vida, sendo mais comum entre os 25 e 60 anos de idade (HAMILL; KNUTZEN, 2012). Estudo na região sul do Brasil identificou prevalência de 63,1% de dor nas costas, sendo a região lombar a mais referida (40%) (FERREIRA ET AL., 2011).

Estudos apontam que a adoção de uma vida ativa se constitui em fator de proteção para uma vida saudável, sendo que quanto mais ativo um indivíduo for, menor será o número de enfermidades (VIDMAR; POTULSKI; SACHETTI, 2011; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2011). Esses autores entendem que a atividade física é um fator de proteção funcional para a

vida humana, e por isso necessária, em todas as faixas etárias. Reforçando essa questão, para manter-se ativo, há que se manter boa flexibilidade, componente essencial da aptidão física que, associada a níveis adequados de força, melhora a eficiência do movimento e reduz a incidência de distensão muscular, aspecto fundamental para evitar quadros álgicos (HAMILL; KNUTZEN, 2012). Tanto a força quanto a flexibilidade muscular são frequentemente relacionadas com a dor lombar, especialmente quando há retração de isquiotibiais, banda iliotibial; fraqueza da musculatura abdominal e eretores espinhais (HAMILL; KNUTZEN, 2012), o que pode predispor a uma maior incidência de quadros dolorosos.

O trabalho no ambiente rural envolve atividades físicas como caminhadas frequentes, transportes de materiais e produtos, levantamento de peso e o contato direto com agentes físicos, químicos e biológicos de diferentes naturezas. Assim, o desenvolvimento de agravos à saúde, como dores lombares e a perda da flexibilidade, podem estar associadas à sobrecarga de atividades relacionadas com o trabalho e com a falta de atividades preventivas ou compensatórias. Diante do contexto em que o trabalhador rural se encontra exposto, o presente estudo buscou investigar a dor lombar, flexibilidade de isquiotibiais e toracolombar e sua relação com o Nível de Atividade Física (NAF) de trabalhadores rurais de um município catarinense, bem como correlacionar a dor lombar com a flexibilidade de isquiotibiais e toracolombar e dor lombar com o tempo de atividade agrícola no período e fora do período de safra.

## Material e métodos

Pesquisa de caráter quantitativo-observacional, com o delineamento de um estudo de corte transversal, desenvolvida em um município do Extremo Oeste catarinense que possui aproximadamente 4.400 habitantes,

com característica demográfica predominantemente rural. A amostra do estudo foi composta por trabalhadores rurais de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos, que se encontravam em plena atividade. Para cálculo amostral, considerou-se a população na faixa etária da amostra pretendida, registrada no Censo Demográfico de 2010, totalizando 1.316 indivíduos (IBGE, 2016). Com base na população, estimou-se a amostra em 298 indivíduos, adotando como nível de confiança 95% e erro amostral de 5%.

Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam fora da faixa etária estipulada, que não trabalhavam no ramo agropecuário, que não foram encontrados no domicílio em nenhuma de três tentativas consecutivas ou que não concordaram em participar do estudo. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi composta por 174 trabalhadores rurais.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas sobre o perfil e caracterização ocupacional dos trabalhadores rurais. Em seguida, foram aplicados outros dois instrumentos para verificação da dor lombar: Índice de incapacidade Oswestry (IIO) e Escala Visual Analógica (EVA) da dor, além da verificação do NAF (Ipaq – Questionário Internacional de Atividade Física).

O IIO é composto de 10 seções que descrevem dor ou limitações resultantes da lombalgia. Cada seção possui seis itens que descrevem um grau crescente de severidade, sendo zero o indicativo de pequena ou nenhuma dor e/ou limitação funcional e o escore de cinco, que indica dor e/ou limitação extrema. A pontuação total foi obtida somando-se o número de pontos de cada seção, sendo que a pontuação máxima corresponde ao escore de 50. O percentual de dor e/ou limitação foi obtido multiplicando-se a pontuação atingida por 2, sendo este o maior grau de limitação percebido pelo paciente. Por meio dessa pontuação, o grau de disfunção do paciente foi classificado em: mínimo (de zero a 20 pontos), moderado (de 21 a

40 pontos) e severo (acima de 41 pontos) (MASSELI; LOPES; SERILLO, 2003).

A EVA consiste de uma escala graduada com linha horizontal de 10 centímetros de comprimento, sendo que na extremidade à esquerda possui um número correspondente a zero, com a expressão ‘sem dor’, e à direita, o número 10, com a expressão ‘dor insuportável’. A dor pode ser classificada como leve quando a escala for de 1 a 3; moderada, de 4 a 6 e forte, de 7 a 9. A dor zero representa a ausência de dor e que os indivíduos não têm problemas para desempenhar suas atividades; na dor leve, é possível desempenhar as atividades, embora tenha dor; a dor moderada atrapalha parcial ou totalmente as atividades e há prejuízo no desempenho e a dor forte impede a realização das atividades (CARVALHO; KOVACS, 2006).

O questionário Ipaq foi utilizado para quantificar o NAF dos trabalhadores. Ele é composto por 5 seções, sendo: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte; atividade física em casa (trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família); atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer e tempo gasto sentado (MATSUDO ET AL., 2001). O questionário é classificado em: sedentário, irregularmente ativo, ativo ou muito ativo, considerando a pontuação obtida pela soma da quantidade de dias e minutos ou horas das atividades realizadas com base nos critérios: frequência, intensidade e duração das atividades (ZANCHETTA ET AL., 2010).

Posteriormente, foi realizado o teste de Flexibilidade Toracolombar (FBW) e de isquiotibiais. A flexibilidade toracolombar foi obtida por meio da flexão anterior de tronco sentado, utilizando o Banco de Wells Sanny®. A partir da posição sentada sobre os ísquios com os joelhos em completa extensão, tornozelos em dorsiflexão com as plantas dos pés apoiadas no banco, os sujeitos flexionavam o tronco até o limite da sua Amplitude de Movimento (ADM), deslizando os dedos sobre a régua do banco de Wells, mantendo os

joelhos estendidos. A distância total alcançada representou o valor total da flexibilidade adquirida, considerando a média de três tentativas (GAYA; SILVA, 2009; BERTOLLA ET AL., 2007).

A flexibilidade de isquiotibiais foi obtida pelos testes de comprimento muscular utilizando goniômetro Carci®, por meio da medida do Ângulo Poplíteo (AP) e Teste de Elevação da Perna Retificada (TEPR). A medida do AP foi obtida com o sujeito posicionado em decúbito dorsal horizontal, o quadril e joelho do membro inferior a ser testado eram mantidos fletidos a 90°, o membro inferior contralateral em extensão completa sobre o solo ou mesa de exame, não sendo permitida a flexão de joelho e quadril. A seguir, o joelho do membro a ser testado era estendido ativamente, com o tornozelo e pé em abandono, até o ponto máximo em que o sujeito não apresentasse compensações com a coluna ou membro contralateral (AFFONSO FILHO; NAVARRO, 2002). A medida foi realizada três vezes, obtendo-se a média final entre elas. A medida era considerada normal quando estivesse entre 165° e 180° de ADM.

O TEPR foi realizado com o sujeito posicionado em decúbito dorsal, com membros inferiores estendidos, coluna lombar e sacro contra a mesa/maca. Mantendo a posição inicial, o participante realizou uma flexão de quadril com o joelho em extensão (elevação da perna) ao seu máximo, sem haver compensações. Um ângulo de aproximadamente 80° entre a mesa e o quadril fletido foi considerado amplitude normal de comprimento dos isquiotibiais (KENDALL; MCCREARY; PROVANCE, 2007).

A análise de dados foi realizada pelo programa SPSS versão 20.0. Inicialmente, obteve-se estatística descritiva das variáveis estudadas. Após, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade das variáveis de idade, dor, flexibilidade e número de horas de atividades agrícolas. Os valores medianos da dor e flexibilidade de isquiotibiais e toracolombar foram comparados nos três grupos, formados a partir da classificação do Ipaq, no total de

trabalhadores, por meio do teste de Kruskal Wallis seguido de comparações múltiplas com o teste U de Mann-Whitney. Os mesmos testes foram utilizados separadamente para comparar os grupos compostos por homens e mulheres. A correlação entre a dor pela escala EVA e a flexibilidade de isquiotibiais e toracolombar, e dor com o número de horas relatadas pelos agricultores no período de safra e fora do período de safra, foi realizada pelo teste de correlação de Spearman. Foi considerado como valor de significância estatística:  $p < 0,05$ .

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição de Ensino, sob protocolo nº 156/14, com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Dos 174 trabalhadores rurais avaliados, 44,3% (n = 77) eram homens, e 55,7% (n = 97) eram mulheres; 93,7% (n = 163) de descendência italiana, 90,8% (n = 158) casados. A média de anos de estudo foi de 7,22 ( $\pm 3,11$ ) anos, variando entre 1 e 16 anos, e a média de tempo em que moravam no ambiente rural foi de 29,39 ( $\pm 14,27$ ) anos.

Quanto às tarefas realizadas na propriedade, destacou-se: lidar com animais (47,7%), citado tanto pelos homens (41,6%) quanto pelas mulheres (52,6%), seguido de cuidar da horta (20,1%) e múltiplas tarefas (14,9%).

A média de tempo que os trabalhadores relataram utilizar para a realização de atividades agrícolas no período de safra foi de 11,63 ( $\pm 2,5$ ) horas, e fora do período da safra foi 6,75 ( $\pm 1,84$ ) horas.

Quanto à dor lombar, quase a totalidade dos agricultores (98,3%) relataram ter algum sintoma de dor lombar, sendo que 100% das mulheres e 96,1% dos homens acusaram a presença de dor. Quanto ao grau de disfunção de Oswestry, 78,2% (n=136) foram classificados com disfunção leve, e apenas 6,9%

com disfunção severa (n=12), sendo que os resultados são similares entre homens e mulheres. A média da intensidade da dor classificada pela EVA foi 5,89 ( $\pm 2,49$ ), sendo mais alta nas mulheres (6,14  $\pm 2,45$ ) do que nos

homens (5,56  $\pm 2,51$ ).

A *tabela 1* demonstra as características da ocorrência da dor conforme a EVA e sua classificação nos trabalhadores em geral, separados por gênero.

Tabela 1. Ocorrência da dor conforme classificação pela Escala Visual Analógica (EVA)

Variável	Total (n=174) n(%)	Masculino (n=77) n(%)	Feminino (n=97) n(%)
Sem dor (0)	3 (1,7)	3 (3,9)	-
Dor leve (1 a 3)	36 (20,7)	16 (20,8)	20 (20,6)
Moderada (4 a 6)	50 (28,7)	23 (29,9)	27 (27,8)
Forte (7 a 9)	77 (44,3)	32 (41,6)	45 (46,4)
Insuportável (10)	8 (4,6)	3 (3,9)	5 (5,2)

A *tabela 2* destaca as medianas e o intervalo interquartil das variáveis de dor lombar autorreferida pelos trabalhadores rurais nos

testes Oswestry e EVA, bem como flexibilidade toracolombar e de isquiotibiais, de acordo com a classificação do NAF - Ipaq.

Tabela 2. Dor lombar, flexibilidade toracolombar e de isquiotibiais em trabalhadores rurais de acordo com o nível de atividade física

Variável	Total n=174	AMA n=62	IA n=54	SED n=58	p
Idade	47 (42 - 52,5)	48 (42 - 53)	46 (40 - 52)	45 (42 - 53)	0,438
Oswestry	5 (1 - 10)	4,5 (2 - 9)	6 (2 - 9,25)	4 (0 - 11)	0,590
EVA	6 (4 - 8)	6,5 (5 - 8)	6,5 (4 - 8)	6 (4 - 7)	0,441
AP	120 (110 - 130)	125 (115 - 135)	120 (115 - 130)	120 (110 - 125)	<b>0,005*</b>
TEPR	65 (60 - 70)	70 (60 - 76,25)	65 (60 - 70)	60 (60 - 70)	0,144
FBW	22 (20 - 25)	22,3 (20 - 25)	22,65 (20 - 25)	22 (20,5 - 23)	0,434

AMA: Ativos ou Muito Ativos. IA: Insuficientemente Ativos. SED: Sedentários. EVA: Escala Visual Analógica da dor. AP: Ângulo Poplíteo. TEPR: Teste de Elevação da Perna Retificada. FBW: Flexibilidade pelo Banco de Wells. p: Estatística de Kruskal Wallis.

\* Nível de Significância:  $p < 0,05$ .

Quando comparados os dados multiplamente (U de Mann-Whitney) entre os grupos, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos sedentários e insuficientemente ativos ( $p=0,032$ ) e sedentários e ativos ou muito ativos ( $p=0,002$ ). Dessa forma, indivíduos sedentários possuem menores valores de

flexibilidade de isquiotibiais do que indivíduos que realizam atividades físicas.

Não houve diferenças significativas nas demais comparações de flexibilidade e ou dor entre os grupos.

A *tabela 3* apresenta os dados comparativos das variáveis entre trabalhadores homens e mulheres.



Tabela 3. Dor lombar, flexibilidade toracolombar e de isquiotibiais em trabalhadores rurais homens e mulheres de acordo com o nível de atividade física

	Variável	Total n=77	AMA n=20	IA n=18	SED n=39	p
Masculino	Idade	48 (42-52,75)	48 (47-55,5)	48 (39- 51)	45 (42-52)	0,160
	Oswestry	4 (0-9)	5 (2-8)	5,5 (2- 9)	4 (0 -10)	0,596
	EVA	6 (3,5-7)	6 (3,5-7,5)	5 (4- 8)	6 (3- 7)	0,982
	AP	120 (115-130)	125 (120-135)	126,5 (120- 130)	120 (110-125)	<b>0,007*</b>
	TEPR	65 (60-72,5)	70 (60-70)	65 (60-80)	65 (60-75)	0,659
	FBW	22 (20,25-24,25)	22,65 (21- 25,5)	22 (20- 23)	21,75 (20,5-24,5)	0,625
	Variável	Total n=97	AMA n=42	IA n=36	SED n=19	p
Feminino	Idade	46 (40,5-52,5)	46,5 (41-52)	46 (40-52)	46 (42-53)	0,943
	Oswestry	6 (2-11)	4,5 (1-10)	6,5 (2-12)	6 (2,5-15)	0,754
	EVA	7 (4-8)	7 (5-8)	7 (4,5-8)	6 (4-7)	0,427
	AP	120 (110-130)	125 (110-130)	120 (110-127,5)	120 (110-122,5)	0,062
	TEPR	65 (60-70)	70 (60-80)	67,5 (60-70)	60 (57,5-60)	0,071
	FBW	22,3 (20-25)	22,15 (19,3-25)	23,5 (20-25,5)	22 (20,5-23)	0,288

AMA: Ativos ou Muito Ativos. IA: Insuficientemente Ativos. SED: Sedentários. EVA: Escala Visual Analógica da dor. AP: Ângulo Poplíteo. TEPR: Teste de Elevação da Perna Retificada. FBW: Flexibilidade pelo Banco de Wells. p: Estatística de Kruskal Wallis.

\* Nível de Significância:  $p < 0,05$ .

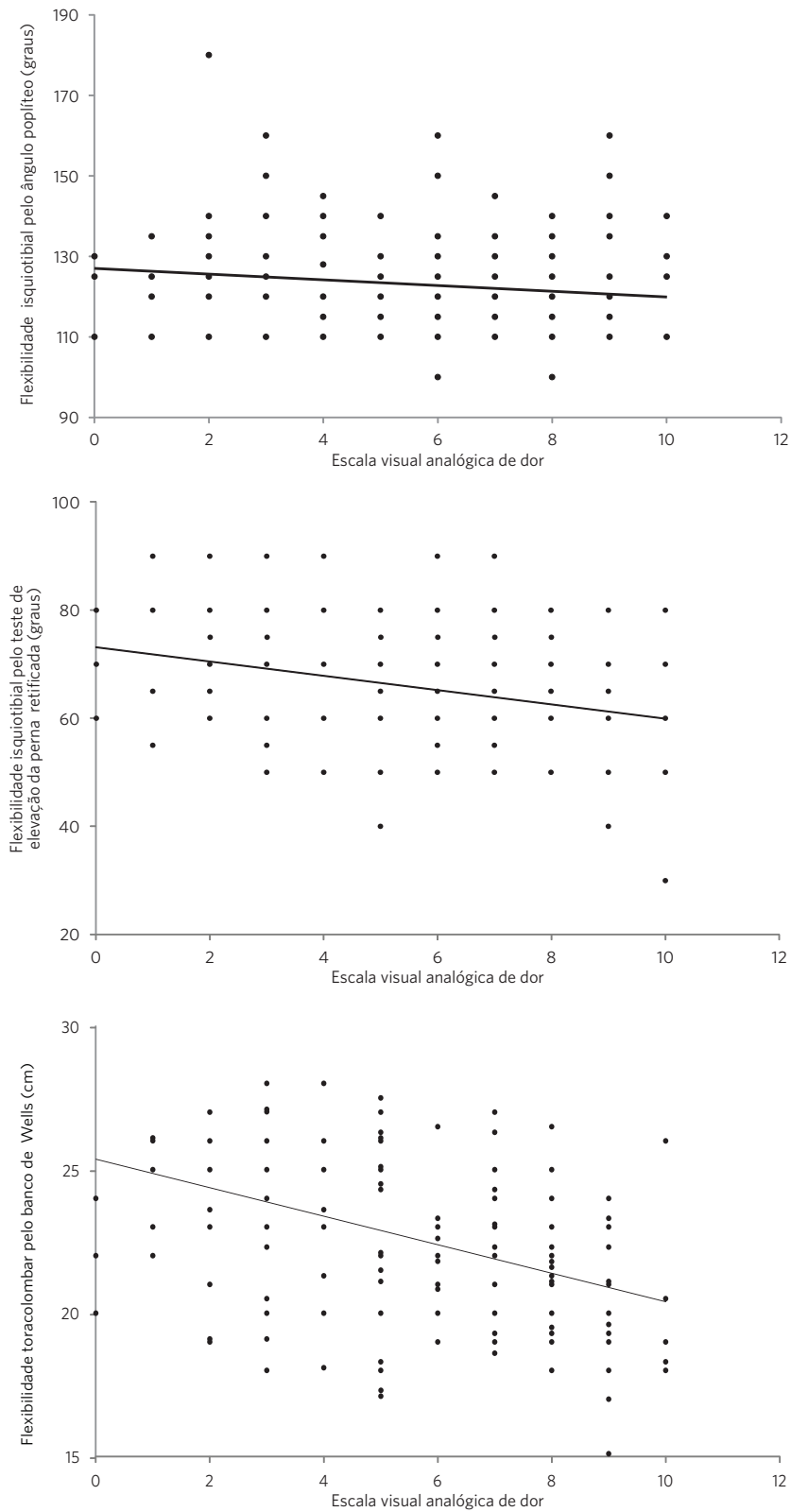
Na comparação dos dados entre os grupos (U de Mann-Whitney), verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os homens sedentários e insuficientemente ativos ( $p=0,007$ ) e sedentários e ativos ou muito ativos ( $p=0,013$ ), sendo que os sedentários possuem menores valores de flexibilidade de isquiotibiais dos trabalhadores que realizam atividades físicas. Mulheres sedentárias possuem menores valores de

flexibilidade de isquiotibiais do que as ativas ou muito ativas tanto no teste de AP ( $p=0,024$ ) quanto no TEPR ( $p=0,039$ ).

Não houve diferenças significativas nas demais comparações de flexibilidade e/ou dor entre os grupos.

Observou-se correlação negativa nas medidas de flexibilidade toracolombar e de isquiotibiais pelo AP, TEPR e FBW com a dor pela EVA, conforme *figura 1*.

Figura 1. Correlação entre a flexibilidade toracolombar e de isquiotibiais com o grau de dor pela EVA



$r(s) = -0,42; p = 0,0001$

Não se observou correlações estatisticamente significativas entre a escala da dor (EVA) com o número de horas relatadas pelos trabalhadores durante o período da safra ( $r = -0,06$ ;  $p = 0,956$ ) e fora do período de safra ( $r = 0,08$ ;  $p = 0,442$ ).

## Discussão

A prevalência de dor lombar foi alta entre os agricultores pesquisados (98,3%), e nas mulheres foi de 100%. A média de dor pela EVA foi de 5,89 ( $\pm 2,49$ ) e mais alta nas mulheres ( $6,14 \pm 2,45$ ), em relação aos homens ( $5,56 \pm 2,51$ ). Carvalho e Kovacs (2006) classificam o sintoma de dor como moderada, ou seja, pode interferir parcial ou totalmente no desempenho das atividades.

Os resultados são superiores aos de O'Sullivan, Cunningham e Blake (2009) que identificaram 74% de prevalência de dor lombar em 104 agricultores irlandeses; Birabi, Dienye e Ndukwu (2012), com 67,10%, em um estudo com 310 agricultores saudáveis no sul da Nigéria.

Dos trabalhadores que experimentaram dor lombar, 72% afirmaram que a agricultura contribuiu com seu problema e interferiu na realização do trabalho diário dos indivíduos. Atividades que incluem o levantamento de objetos pesados foi o fator limitante mais citado, seguido da condução de máquinas, do trabalho com gado e dosagem dos animais (O'SULLIVAN; CUNNINGHAM; BLAKE, 2009).

O presente estudo não encontrou correlação entre a intensidade da dor lombar e número de horas em atividades agrícolas, no entanto Birabi, Dienye e Ndukwu (2012) relatam que a dor lombar é mais prevalente naqueles que exercem atividade agrícola de longa duração. Os autores complementam ainda que existe alta prevalência de dor lombar na faixa etária de 31-40 anos (49,04%) e no sexo feminino (50,96%).

Sabe-se que entre as enfermidades crônicas que acometem as mulheres, uma das

mais comuns é a dor lombar, principalmente no período pós-menopausa, já que nessa fase há alteração na composição corporal, com maior presença de gordura e menor massa magra, o que pode contribuir para a intensidade dos quadros algícos (MARASCHIN ET AL., 2010). O avanço da idade, associado a uma atividade que exige esforço físico, de forma contínua, pode predispor essas mulheres a maior prevalência de dor, como no caso deste estudo. O envelhecimento é uma tendência que envolve a população rural no estado de Santa Catarina dada a migração dos jovens para as cidades. Essa realidade pode explicar os valores mais elevados da escala de dor em trabalhadores rurais em relação a outros estudos.

A classificação de Oswestry indicou disfunção leve na maioria dos trabalhadores (78,2%), no entanto pela classificação da EVA há predomínio de dor forte (entre sete e nove na EVA) tanto na população em geral (44,3%) quanto em homens (41,6%) e mulheres (46,4%), o que impediria o desempenho das atividades (CARVALHO; KOVACS, 2006). Esse fator pode ser considerado como contraditório entre os instrumentos de medidas para verificação da dor lombar, ou demonstrar a necessidade de execução das tarefas laborais, mesmo com dores elevadas.

Estudo de Liu *et al.* (2012) investigou a prevalência de dor nas costas autorrelatadas e as associações entre potenciais fatores de risco e dor nas costas com 2.045 agricultores chineses selecionados a partir de 800 famílias. As associações entre dor nas costas e potenciais fatores de risco foram realizadas por regressão logística e incluíram idade, sexo, nível de educação, estresse percebido, principais atividades agrícolas, tabagismo e hábito de beber. Da população estudada, 786 (38,4%) agricultores relataram dor nas costas. Dois terços das pessoas com dor nas costas (66,0%) relataram que a dor afeta a quantidade e qualidade do trabalho. O relato de dor aumenta com a idade, e mulheres e agricultores que sofreram algum estresse regular eram mais propensos a relatar dor

nas costas. Ainda, a dor nas costas autorrelatada foi mais frequentemente entre os fumantes e os que consumiam bebidas alcoólicas.

Pesquisa de Silva *et al.* (2013) observou que há déficit de conhecimento dos agricultores quanto à exposição aos riscos em função do seu trabalho, fator que preocupa, visto que, para assumir uma postura de cuidado, o sujeito precisa reconhecer os aspectos que o colocam em condição vulnerável perante as questões ocupacionais. No caso de dor lombar, programas como escola postural e grupos de algia para agricultores podem se constituir em estratégias eficazes para diminuir os índices de dor lombar, mas, inicialmente há que se mobilizar esforços para sensibilizar os trabalhadores quanto aos riscos a fim de promover adesão destes aos grupos de apoio e tratamento.

Soysal, Kara e Arda (2013), ao investigar o NAF pelo Ipaq em pacientes com lombalgia crônica e dor cervical em 96 pacientes, divididos igualmente em três grupos – pacientes com dor lombar ou cervical no pré-operatório, ambulatoriais e controles saudáveis –, observaram que houve modificação de atividade física em pacientes com lombalgia crônica e dor cervical e que os pacientes pré-operatórios com lombalgia são mais afetados do que aqueles com problemas cervicais.

Manter-se ativo, com bons níveis de funcionalidade, são fatores que protegem a saúde do ser humano, desde que as atividades físicas não gerem sobrecarga e que sejam realizadas com orientações para evitar a sobrecarga e posicionamento inadequado.

Pesquisa de Johnson e Thomas (2010) relata que indivíduos com lombalgia ou história de dor lombar crônica não apresentaram correlação significativa entre a flexibilidade dos isquiotibiais medida pelo TEPR e a excursão de flexão lombar em tarefas de flexão de tronco, sendo razoável supor que o aumento do comprimento dos isquiotibiais não afetaria a mobilidade lombar em tarefas que exijam flexão de tronco em indivíduos com lombalgia. No entanto, o presente estudo

observou correlações significativas entre a flexibilidade dessa musculatura e a intensidade de dor lombar.

Halbertsma *et al.* (2001) investigaram a extensibilidade e rigidez dos isquiotibiais em pacientes com dor lombar não específica em 40 indivíduos, sendo 20 pacientes com dor lombar não específica e 20 indivíduos saudáveis. O grupo de pacientes com dor lombar apresentou restrição significativa na ADM e extensibilidade dos isquiotibiais em comparação com o grupo controle e não houve diferença significativa na rigidez muscular dos isquiotibiais entre os grupos. Dessa forma, a diminuição da ADM e extensibilidade dessa musculatura não está relacionada com a rigidez, mas sim com a tolerância ao alongamento dos pacientes.

O estudo encontrou correlações negativas significativas na flexibilidade toracolombar e de isquiotibiais em todas as medidas analisadas. Destaca-se a correlação observada na avaliação da flexibilidade toracolombar, medida pelo Banco de Wells no teste de sentar e alcançar, que foi considerada moderada ( $r = -0,422$ ,  $p < 0,001$ ), sendo que as medidas do AP e TEPR foram consideradas fracas ( $r = -0,153$ ,  $p = 0,044$ ;  $r = -0,238$ ,  $p = 0,002$ ).

Pacientes com dor lombar possuem menor ADM, alterações na rigidez muscular e déficit nos níveis de razão de força concêntrico/excêntrica. A diminuição da extensibilidade dos isquiotibiais foi associada ao aumento da rigidez passiva durante a ADM comum de movimento (20° a 50°), e a tolerância ao alongamento está associada à restrição mecânica, e não a medidas comportamentais autorreferidas que indicam aumento da dor ou medo. Não há clareza no estudo se a diminuição da extensibilidade dos isquiotibiais é causa ou efeito na dor lombar crônica (MARSHAL; MANNION; MURPHY, 2009).

Os quadros de dor lombar, sejam eles crônicos ou agudos, geram sofrimento e limitações ao trabalhador rural. Conforme estudo de Medina *et al.* (2014), são poucas as ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas organizadas pelas equipes de atenção primária no País, principalmente no meio rural, o que, por si só, é suficiente para colocar como premente a adoção de medidas que minimizem essa realidade. A Fisioterapia pode contribuir atuando no tratamento das algias, com programas de reabilitação ou de educação em saúde e prevenção, com vistas a minimizar o sofrimento gerado por essa condição. A população rural e trabalhadora, que apresenta um quadro tão prevalente de dor, carece de orientações e assistência de uma equipe multiprofissional para minimizar a realidade encontrada neste estudo.

Para que as ações sejam efetivas, há que se considerar os determinantes sociais do contexto rural e a concepção ampliada de saúde, bem como reconhecer o protagonismo dos sujeitos na construção da sua saúde. Por outro lado, é preciso reforçar a responsabilidade do Estado na produção de condições de vida condizentes com as necessidades da população, para não afirmar uma tendência de culpabilizar e responsabilizar o indivíduo pela sua saúde (SILVA; BAPTISTA, 2015). Residir em meio rural, em algumas regiões, restringe o acesso dos sujeitos aos programas de saúde, o que, de fato, interfere nas condições de vida dessa população, aspecto que precisa ser modificado mediante políticas que atentem para as especificidades desse segmento.

## Conclusões

Dos agricultores pesquisados, 98,3% relataram algum sintoma de dor lombar, sendo presente em 100% das mulheres.

Houve relação estatisticamente significativa entre a flexibilidade de isquiotibiais medida pelo AP e o NAF dos trabalhadores,

indicando que indivíduos sedentários possuem grau significativamente menor de AP do que os insuficientemente ativos e ativos ou muito ativos. O mesmo resultado ocorre entre os homens; e as mulheres sedentárias possuem menor flexibilidade nos testes de AP e TEPR do que as ativas e muito ativas.

Observou-se correlação negativa moderada entre a intensidade da dor e a flexibilidade toracolombar pelo FBW e fraca de isquiotibiais pelo AP e TEPR.

Resultados contraditórios de associação entre a dor lombar e flexibilidade demonstram que novos estudos explorem essas variáveis, bem como a verificação da ADM da coluna vertebral com atividades realizadas em trabalhadores e a adoção de programas de exercícios educativos e preventivos com trabalhadores rurais.

Dada a quantidade e a diversidade de atividades físicas realizadas pelos agricultores, os resultados deste estudo também indicam a necessidade de estudos adicionais de avaliação da atuação das equipes multiprofissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, tendo como foco esta população.

## Colaboradores

Marcia Regina da Silva contribuiu substancialmente em todas as etapas do manuscrito; Fátima Ferretti contribuiu com a Concepção e interpretação dos dados, produção e revisão crítica do artigo e seu conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada; Junir Antonio Lutinski contribuiu com a análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

## Referências

- AFFONSO FILHO, A. A.; NAVARRO, R. D. Avaliação do ângulo poplíteo em joelhos de adolescentes assintomáticos. *Rev Bras Ortop*, São Paulo, v. 37, n. 10, p. 461-466, out. 2002.
- ALVES, R. A.; GUIMARÃES, M. C. De que sofrem os trabalhadores rurais? Análise dos principais motivos de acidentes e adoecimentos nas atividades rurais. *Informe Gepec*, Toledo, v. 16, n. 2, p. 39-56, jul./dez. 2012.
- BERTOLLA, F. *et al.* Efeito de um programa de treinamento utilizando o método Pilates® na flexibilidade de atletas juvenis de futsal. *Rev Bras Med Esporte*, Niterói, v. 13, n. 4, p. 222-226, ago. 2007.
- BIRABI, B. N.; DIENYE, P. O.; NDUKWU, G. U. Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South South Nigeria. *Rural Remote Health*, Geelong, v. 12, n. 1, p. 1912-1920, ago. 2012.
- CARVALHO, D. S.; KOWACS, P. A. Avaliação da intensidade de dor. *Migrâneas cefaleias*, Curitiba, v. 9, n. 4, p. 164-168, out./dez. 2006.
- FATHALLAH, F. A. Musculoskeletal disorders in labor-intensive agriculture. *Appl Ergon*, London, v. 46, n. 6, p. 738-743, out. 2010.
- FERREIRA, G. D. *et al.* Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Fisioter*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 31-6, fev. 2011.
- GAYA, A.; SILVA, G. *Projeto esporte Brasil: manual de aplicação de medidas e testes, normas e critérios de avaliação*. Porto Alegre: Proesp-br, 2009.
- HALBERTSMA, J. P. *et al.* Extensibility and stiffness of the hamstrings in patients with nonspecific low back pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, Philadelphia, v. 82, n. 2, p. 232-238, 2001.
- HAMILL, J.; KNUTZEN, K. M. *Bases biomecânicas do movimento humano*. 3 ed. São Paulo: Manole, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&odmun=420410&search=santa-catarina|caxambu-do-sul>>. Acesso em: 18 jul. 2016.
- JOHNSON, E. N.; THOMAS, J. S. Effect of hamstring flexibility on hip and lumbar spine joint excursions during forward-reaching tasks in participants with and without low back pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, Philadelphia, v. 91, n. 7, p. 1140-1142, 2010.
- KENDALL, F. P.; MCCREARY, E. K.; PROVANCE, P. G. *Músculos, provas e funções: com postura e dor*. 5. ed. São Paulo: Manole, 2007. 556 p.
- LIU, X. *et al.* Back pain among farmers in a northern area of China. *Spine*, Lebanon, v. 37, n. 6, p. 508-514, mar. 2012.
- MARASCHIN, R. *et al.* Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosos: etiologia em revisão. *Fisioter. mov*, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 627-639, out./dez. 2010.
- MARSHALL, P. W. M.; MANNION, J.; MURPHY, B. A. Extensibility of the hamstrings is best explained by mechanical components of muscle contraction, not behavioral measures in individuals with chronic low back pain. *PM&R*, New York, v. 1, n. 8, p. 709-718, 2009.
- MASSELI, M. R.; LOPES, M. M.; SERILLO, T. B. Índice funcional de Oswestry de pacientes submetidos à cirurgia para descompressão de raízes nervosas. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 70-76, jul./dez. 2003.
- MATSUDO, S. M. *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Pelotas, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.



MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos, *Rev Bras Med Esporte*, Niterói, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 69-82, out. 2014.

MOREIRA, J. P. L. *et al.* A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1698-1708, ago. 2015.

O'SULLIVAN, D.; CUNNINGHAM, C.; BLAKE, C. Low back pain among Irish farmers. *Occupational medicine*, London, v. 59, n. 1, p. 59-61, ago. 2009.

SILVA, J. B. *et al.* Fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil: exposição ocupacional e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI). *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 347-353, jun. 2013.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp, p. 91-104, dez. 2015.

SOYSAL, M.; KARA B.; ARDA M. N. Assessment of physical activity in patients with chronic low back or neck pain. *Turkish neurosurgery*, Ankara, v. 23, n. 1, p. 75-80, 2013.

VIDMAR, M. F. *et al.* Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Revista saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 4, n. 3, p. 417-424, set./dez. 2011.

ZANCHETTA, L. M. *et al.* Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 387-399, set. 2010.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em janeiro de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Bolsa de auxílio à pesquisa pela modalidade art. 170 da Constituição Estadual para Núcleos de Iniciação Científica

# Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde

*Not always yes, not always no: encounters between workers and users at a health unit*

Sonia Maria de Melo<sup>1</sup>, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio<sup>2</sup>, Rosemarie Andrezza<sup>3</sup>

**RESUMO** Uma peculiaridade do trabalho em saúde é sua característica de trabalho vivo em ato, dimensão micropolítica dificilmente captada pelos instrumentos de avaliação tradicionais. Assim, o estudo teve como objetivo caracterizar como os trabalhadores lidam com as demandas trazidas pelos usuários a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), através da observação participante, em UBS ‘tradicional’ do município de São Paulo. As respostas dos trabalhadores foram classificadas em demandas atendidas, demandas não atendidas e respostas múltiplas para situações complexas. Constatou-se que, perante as restrições do serviço, os trabalhadores apresentam marcado autogoverno para (re)criar regras de funcionamento da unidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Centros de saúde.

**ABSTRACT** *A peculiarity of working with health is its characteristics of living work in the act, a micropolitical dimension hardly perceived by traditional evaluation instruments. Therefore, the study aimed to characterize how workers deal with the demands brought by users to a Primary Health Care Unit (PHC), through the participant observation, at a ‘traditional’ PHC of the municipality of São Paulo. The workers’ responses were classified in demands met, demands no met and multiple answers to complex situations. It was found that, before the restrictions of the work, workers present a marked self-government to (re)create operating rules of functioning of the unity.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health services accessibility. Health services needs and demand. Health centers.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. [soniam.melo2012@gmail.com](mailto:soniam.melo2012@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. [luizcecilio60@gmail.com](mailto:luizcecilio60@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. [rbac48@gmail.com](mailto:rbac48@gmail.com)

## Introdução

A atenção básica tem sido pensada como a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a coordenadora do cuidado a ser realizado nas redes de atenção à saúde, conforme recomendado pela política nacional de saúde (BRASIL, 2012; OMS, 2008). Nesse sentido, são necessários estudos que consigam caracterizar melhor se, e como, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) garantem o 'acesso' dos usuários aos cuidados primários de saúde e, como desdobramento, aos demais níveis do sistema de saúde.

O 'problema' tomado como ponto de partida da pesquisa foi o fato bem conhecido de o trabalho em saúde, por sua característica de trabalho vivo em ato, mobilizador de tecnologias relacionais (MERHY; FRANCO, 2005), resultar em uma dimensão micropolítica dificilmente captada pelos instrumentos de avaliação tradicionais. Fazem-se necessários estudos que produzam informações mais refinadas sobre os modos como o cuidado vem sendo produzido nos serviços de saúde, em particular, o que ocorre nos encontros entre as equipes de saúde e os usuários.

A pesquisa trabalhou com o universo das demandas apresentadas pelo usuário para a equipe de uma UBS, ou seja, tudo aquilo que ele traz como solicitação ou expectativa. Cabe ao trabalhador, no momento do encontro com o usuário, lidar com suas demandas, tentando dar a melhor resposta possível a elas.

## Metodologia

Do ponto de vista metodológico optou-se em trabalhar com as 'demandas' apresentadas pelo usuário, entendidas como um pedido de se consumir algo, de obter algo que o usuário julga precisar em determinado momento (consulta médica, exames, procedimentos, encaminhamentos, curativos, atestados etc.). Para caracterizar como a equipe de saúde lida com tais demandas, foi realizado estudo

qualitativo de caráter etnográfico em uma UBS do município de São Paulo.

Por método etnográfico entende-se uma atividade de pesquisa no terreno, por prolongados períodos de tempo, com contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência [...] essa vivência só é assegurada pela observação participante 'estando lá' - passa a ser evocada durante toda a interpretação do material etnográfico [...]. (CAPRARA; LANDIM, 2008, p. 366).

Portanto, pelas características do problema de pesquisa - a dificuldade de caracterizar melhor o que se passa no encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços -, o emprego da abordagem etnográfica justifica-se por permitir uma melhor aproximação com a micropolítica dos serviços de saúde.

Entre os métodos utilizados em etnografia, a observação participante é a técnica fundamental (LAPASSADE, 2005), caracterizando-se pela presença do pesquisador em campo por tempo prolongado. Esse método foi escolhido por permitir o mapeamento dos processos em curso na unidade de saúde estudada, dando visibilidade a aspectos de sua micropolítica, tentando caracterizar os sentidos que os trabalhadores dão para seu trabalho, no caso, como se posicionam ou que respostas produzem quando se veem diante dos usuários que, dos mais diferentes modos, expressam suas demandas.

A pesquisadora permaneceu na UBS de oito a doze horas semanais, pelo período de doze meses, observando e registrando em caderno de campo cenas do seu cotidiano, sem um foco de observação em particular.

A UBS estudada foi sugerida pela gestão regional da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Não houve um roteiro prévio de observação durante a permanência na unidade, pois o presente estudo é parte de uma pesquisa mais ampla (CECÍLIO, 2016), que buscava conhecer melhor o cotidiano de

UBSs em seus múltiplos aspectos (a prática médica, os processos microrregulatórios, a prática dos agentes comunitários de saúde etc.), desenhando uma ‘cartografia’ a partir de seus fluxos, encontros e processos de trabalho (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014). O artigo apresenta o resultado de uma dissertação de mestrado (MELO, 2015) que, tendo tomado, especificamente, como problema a invisibilidade do encontro entre trabalhador e usuário para o gestor, fez uma seleção de registros de cenas nas quais era possível identificar o usuário apresentando alguma demanda (consulta médica, fornecimento de medicamentos, algum tipo de procedimento etc.) no seu encontro com o trabalhador. Interessava ver em tais registros ‘como’ o trabalhador lidou com as demandas, em particular, o quanto ele conseguiu produzir um encontro mais ou menos cuidador, objetivo maior do estudo.

Não houve a pretensão de realizar um estudo quantitativo de tipos de respostas, tendo em vista o conjunto das cenas selecionadas. Todo o manejo de ‘quantidades’ e ‘números’ apresentados no artigo serviu apenas para compor uma espécie de painel panorâmico do funcionamento da UBS. Não foi realizada nenhuma análise estatística ou qualquer outro tratamento de caráter quantitativo dos dados produzidos, pois não era esse o objetivo do estudo.

Para análise do material selecionado, vários enquadramentos foram testados, até se obter a seguinte categorização: ‘Demanda não atendida’ (quando havia uma negativa pura e simples); ‘Demanda atendida’ (quando a demanda foi atendida tal como apresentada, ou se foi feita alguma ‘proposta alternativa’ para responder àquela demanda); ‘Respostas múltiplas para demandas complexas’ (aquelas situações de demandas múltiplas, complexas, nas quais o trabalhador buscou dar resposta para algumas delas, negou outras, fez a ‘gestão das regras’, adotando certas flexibilizações em algumas situações etc.). Nesta última categoria é que é possível revelar, de modo mais

nítido, a criatividade do trabalhador, inclusive no manejo das regras, embora isso esteja presente nas outras categorias também.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, através do parecer nº 655.842.

## **A unidade de saúde estudada: quando os parâmetros oficiais não captam as dificuldades de atendimento vividas pela população**

Em São Paulo, várias UBSs seguem operando no modelo denominado UBS ‘tradicional’, que compreende unidades organizadas sob o modelo da Ação Programática em Saúde, priorizando os programas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental, saúde bucal e programas especiais para o atendimento à tuberculose e à hanseníase, com foco na promoção e na prevenção à saúde (MARSIGLIA, 2008).

Mesmo após a definição pelo Ministério da Saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) como sua opção preferencial de organização da atenção básica, em 2014, o município de São Paulo ainda mantinha 169 das suas 451 UBSs operando no modelo dito ‘tradicional’ (SÃO PAULO, 2015).

Além dos diferentes modelos assistenciais atuando no município de São Paulo, coexistem diferentes modelos de gestão, sendo possível encontrar unidades geridas pela administração direta e outras geridas em parceria com diferentes instituições privadas.

Na área da atenção básica paulistana, foi criada, em 2005, a AMA (Assistência Médica Ambulatorial), com foco nos atendimentos de urgência de baixa e média complexidades. No ano de 2013, havia 116 AMAs no município. Alguns estudos apontam a fragmentação criada no atendimento da atenção básica com a implantação da AMA e defendem a

prática de atendimento à demanda espontânea nas próprias UBSs, conforme já acontece na prática cotidiana das unidades, inclusive na UBS estudada (SÃO PAULO, 2015; PUCCINI, 2006; BRASIL, 2013): A UBS estudada opera no 'modelo de UBS tradicional', ou seja, não possui ESF. A gestão é feita de forma direta pelo município, embora a unidade abrigue um NIR (Núcleo Integrado de Reabilitação) gerido pela Supervisão Regional de Saúde Sudeste, onde trabalham psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e fisioterapeuta, contratados por uma entidade parceira. A porta de entrada para o NIR é feita por meio da regulação municipal. As demandas de atendimento no NIR geradas na própria unidade seguem a mesma regra.

O atendimento ao público é realizado de segunda à sexta-feira, das 7h às 19h. A equipe é composta por uma gerente, dois clínicos gerais, três pediatras, dois ginecologistas, um psicólogo, duas enfermeiras, dois fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas, uma terapeuta ocupacional, uma farmacêutica, três odontólogos, uma educadora e uma assistente social. A equipe técnica de enfermagem é composta por oito profissionais, sendo três técnicos em saúde, dois técnicos em farmácia e três profissionais de apoio ao consultório odontológico. Catorze profissionais atuam na área administrativa. A unidade conta com dois vigilantes e dois auxiliares de serviços gerais.

Sua área de cobertura abrange cerca de vinte e dois mil habitantes, sendo que há uma evidente insuficiência de profissionais para atender às demandas da população, em particular, por consultas médicas.

No início da pesquisa no campo, o prazo médio do agendamento para consulta nas clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia e clínica médica) era de noventa dias. Esse tempo, no entanto, camuflava as idas e vindas dos usuários para conseguir realizar, de fato, o agendamento. Nos dias de agendamento, a fila dobrava a esquina, e havia usuários chegando antes das 5h da manhã para garantir a marcação de sua consulta.

A unidade buscou alternativas para resolver o problema das filas, como aumentar o quantitativo de pessoal para realizar os agendamentos, trocar o dia da agenda, mas, como o problema estava vinculado à baixa oferta de atendimento médico da unidade, as estratégias nunca surtiram o efeito desejado. Como não foi possível solucionar o problema do excesso de demandas para agendamento das consultas médicas, a agenda passou a não ter dia certo para abrir, transformando-se em uma loteria para os usuários. Os usuários que desejam agendar consultas médicas precisam 'ficar passando' para verificar o dia em que a agenda estará aberta.

Durante o período de observação, pudemos constatar que a unidade ficou sem pediatra ou com apenas uma pediatra às terças-feiras; o psiquiatra saiu da unidade e nunca foi repostado; o grande gargalo da unidade era a falta de clínico geral, pois contava apenas com um médico, que atendia de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> pela manhã, e com a uma médica, que atendia apenas às sextas-feiras pela manhã, 'cedida' por uma unidade vizinha. A equipe conseguiu uma composição mais favorável, conforme pudemos constatar em visita à unidade após o término da investigação.

Se utilizados os dados da Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, em vigência no período do estudo, havia um déficit aproximado de 54% de oferta de consultas (BRASIL, 2002). Se utilizados os parâmetros estabelecidos pela recente Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, a capacidade da unidade também estava abaixo do recomendado quando da realização da pesquisa. A aplicação de parâmetros oficiais não consegue captar as variações constantes da composição da equipe (demissões sem reposições ou a inesperada chegada de um novo profissional, por exemplo). De fato, não há parâmetro com sensibilidade suficiente para captar ou revelar os dramas dos usuários no dia a dia, que ficaram mais visíveis no correr da observação de campo.

## Resultados e discussão

Foram selecionadas 128 cenas que registram encontros entre trabalhadores e usuários, tendo como critério de inclusão aquelas cenas nas quais era posto, de maneira clara, algum tipo de demanda. Dessas, 77 são registradas na recepção central ou no ‘balcão de regulação’, sendo que as demais ocorreram nos diversos espaços da UBS, o que já permite afirmar que os usuários se utilizam de vários ‘pontos’ para expressar suas demandas, além da recepção.

A maior procura ainda é por consultas médicas. Foram registradas 55 demandas de consultas para os médicos da atenção básica (pediatra, clínico geral e ginecologista) e mais 10 para médicos especialistas, totalizando 65 das 128 demandas registradas. Vê-se, aqui, como se aplicam as considerações de Cecílio (2001) sobre a ‘tradução’ mais frequente que os usuários fazem de suas necessidades de saúde em demandas por consultas médicas.

Com um quadro de oferta de atendimento médico sempre inferior à demanda, pacientes que não conseguem marcar as consultas desejadas (o que acontece de modo frequente) são orientados a tentar os ‘encaixes’ diários. Isso significa chegarem cada vez mais cedo à unidade para colocar o nome na fila de espera e aguardarem vagas decorrentes de pacientes que faltam às consultas agendadas. Uma luta diária.

Na recepção, há um ‘calendário extra para agendamento dos pacientes’. Além da agenda oficial no computador, foi criada uma agenda paralela com os encaixes do dia e com ‘encaixes pré-agendados’ pela própria unidade, o que é uma contradição, em termos.

A equipe da recepção trabalha com alguns critérios para fazer os encaixes. Para as ginecologistas, por exemplo, são agendadas preferencialmente as gestantes ou casos urgentes. Já para o clínico geral, são agendados os casos em que os exames dos pacientes estão alterados e os casos que são considerados urgentes.

[o recepcionista] me explica a política do encaixe: ‘está vendo esta agenda? É do clínico geral. Ele atende dezesseis pacientes, mas como muitos faltam, deixamos as pessoas que querem passar no médico aguardando, caso haja vaga para encaixe. Espera-se quinze minutos do horário agendado. Se o paciente não chegar, perde a vaga.’ Há seis pacientes esperando pelo encaixe. Caso a caso, é explicado que só passarão se algum paciente faltar, ‘mas sempre falta’. Há um acordo com o médico quando há casos mais graves. Eles colocam, às vezes, até dezoito pacientes, mas ‘ficam devendo pra ele’, e no dia seguinte ele atende apenas catorze. Quando a fila do encaixe já está grande, sugere que o paciente chegue mais cedo amanhã para ‘tentar o encaixe’.

Na unidade, a equipe da recepção funciona como um ‘filtro’ entre a demanda da população e a sua capacidade de atendimento real. O protagonismo dos trabalhadores da recepção tem grande peso na definição sobre o acesso ou não à UBS. Esse papel de *gatekeeper* é fonte de muito sofrimento para os trabalhadores. Essa defasagem entre a demanda e a capacidade de oferta da unidade é a moldura da categorização que se adota para organizar o material empírico produzido na observação participante: ‘demanda atendida’, ‘demanda não atendida’ e ‘respostas múltiplas para demandas complexas’.

### Demanda atendida

O usuário que se dirige a uma UBS espera encontrar a solução para o problema de saúde que o incomoda. Mesmo quando uma demanda trazida pelo usuário é atendida, como na cena abaixo, pode estar escondendo as idas e vindas dos usuários em busca de atendimento:

Senhora tem intenção de marcar consulta com o clínico geral, já tinha ficado na fila na quarta-feira passada, mas a agenda não abriu. Desta vez, dormiu na casa da irmã, que é na rua da unidade, e chegou às 4h40.



O protagonismo do trabalhador é, em algumas situações, primordial para o atendimento das demandas, como na intervenção da recepcionista na cena abaixo:

*Tem um senhor bem magro aguardando encaixe para o clínico geral, e a recepcionista fica preocupada, pois não sabe se faltará gente o suficiente para conseguir encaixá-lo. Ela vai à sala do médico, e ele autoriza o encaixe. Ela dá pulos de alegria!*

Na cena a seguir, podem ser notados três elementos recorrentes nesses encontros: (1) a influência do médico no trabalho dos demais membros da equipe ao limitar o número de consultas; (2) o caráter subjetivo na busca de soluções para as demandas trazidas pelos usuários, como no caso da recepcionista Marcília, que opta por seguir a regra de forma mais rígida, enquanto a outra recepcionista flexibiliza a mesma regra para promover o atendimento que julga necessário; (3) a frequente tensão na recepção, provocada pela utilização do mecanismo de encaixe. Nesta cena, ainda merece destaque o comentário da recepcionista sobre a forma de utilização dos serviços pelo usuário, trazendo à tona a ‘confusão’ de papéis entre o uso da UBS e da AMA.

*O paciente insiste em passar no clínico geral, pois está com os exames alterados. Depois de muita insistência, a recepcionista pede que ele converse com a enfermeira. São cerca de 07h30min, e já são dezesseis pacientes aguardando para passar com o clínico. Desses, apenas quatro foram agendados no sistema, e os demais são encaixes. Ela explica que alguns pacientes foram pré-agendados pela própria unidade por terem exames alterados. Com a permissão para o encaixe, ficam dezessete. A permissão foi dada por outra recepcionista, e não pela enfermeira.*

*A recepcionista Marcília comenta que vai acabar esta política do encaixe. O paciente já chega*

*achando que tem direito a encaixar. Não é bem assim. Os médicos reclamam. Muitos não são urgências, mas querem encaixe para pegar atestado, mostrar exame, autorização para cirurgia, trocar receita. Eles não querem ir na AMA, preferem passar aqui, fala que lá não é bem um atendimento... é claro que é.*

A cena seguinte mostra duas questões. A primeira é a insegurança do trabalhador sobre sua possibilidade de dar uma resposta ao que o usuário demanda, como se fosse um ‘jogo de final aberto’, enfrentado diariamente. A segunda mostra o vínculo estabelecido entre o usuário e a médica, corroborando que o usuário deseja ser atendido pelo profissional de sua confiança, que já conhece o seu histórico clínico. Assim, nos momentos de agravamento do seu quadro, ele não deseja ser encaminhado para outro serviço.

*A paciente quer passar com a ginecologista, mas a recepcionista avisa que já tem muito encaixe para hoje, que ela irá colocar o nome da paciente na lista, mas não pode garantir, pois as prioridades são as gestantes. A paciente questiona o critério, está com uma infecção e não aguenta de dor. Poderia ir ao Pronto atendimento, mas faz acompanhamento com a Dra. Vania e, inclusive, tem resultados dos exames para mostrar para médica, portanto, acredita que o melhor é passar com ela, que já vem acompanhando.*

A cena acima, assim como várias outras, mostra bem como o protagonismo do usuário parece ser elemento decisivo na construção de soluções, mesmo que, para que sua solicitação seja atendida, tenha que pressionar o trabalhador. Poderia ser dito que os usuários, através de sua presença e de suas pressões, modelam, em boa medida, o funcionamento dos serviços de saúde, e isso fica bastante claro, em mais de uma situação, no correr da observação participante.

Na cena registrada na farmácia, é possível observar como o excesso de regras criadas para o melhor controle de insumos pode ser



um impeditivo para o bom cuidado, embora, por vezes, o trabalhador opte por quebrar a regra para garantir que o paciente receba a medicação de que necessita.

*[terça-feira] Chega um senhor que os 30 dias da última retirada do medicamento vence na segunda-feira, ela pede para ele retornar na sexta e argumenta: 'na sexta vou fazer hemodiálise, na segunda também não posso'. Ela entrega a medicação e comenta: 'não posso deixar ele sem os remédios, ele vai realizar hemodiálise. E se os remédios acabarem?'*

Do que foi visto até agora, é possível afirmar que, mesmo nas cenas consideradas como 'Demanda Atendida', há um grau de incerteza, de acaso, que traz muita insegurança para o trabalhador e insatisfação para o usuário.

Pode-se verificar que para a demanda ser atendida é fundamental haver oferta para tanto. O estudo permite caracterizar situações nas quais o trabalhador vai viabilizando 'ofertas alternativas' para, de algum modo, responder às demandas dos usuários, evitando dizer um simples 'não'. Essas ofertas podem estar na própria unidade, por meio do melhor aproveitamento dos recursos existentes, ou podem ser encontradas na rede de saúde pública, como no caso dos encaminhamentos para as unidades da AMA.

Às vezes, o trabalhador opta por quebrar fluxos formais do sistema de saúde para proporcionar cuidado ao usuário, de modo que muitas soluções são encontradas *ad hoc*.

## Demanda não atendida

Nesse bloco, são mostradas cenas nas quais o usuário, além de ter sua demanda negada por vários motivos, vai embora sem ter nenhuma alternativa oferecida além da resposta 'vai passando para verificar quando a agenda abre'. Essa incerteza quanto ao atendimento é, sem dúvida, um grande problema enfrentado pelos moradores da área de referência da UBS estudada. E fonte de tensão para os

trabalhadores, principalmente os da recepção.

A falta de médicos é o principal motivo para o não atendimento das demandas dos usuários, como visto antes. É frequente o vai e vem dos usuários para conseguir acesso à consulta médica desejada.

*Senhora diz que está vindo pela terceira vez tentar encaixe com o clínico geral ou mesmo agendar uma consulta, e comenta: 'mas nunca a agenda está aberta'.*

Devido à centralidade do médico nos procedimentos de saúde, ele torna-se o profissional essencial para o andamento de várias atividades na unidade, já que há a exigência formal da prescrição médica para retirada de medicações, realização de exames e encaminhamentos para outros profissionais. A falta da prescrição gera o não atendimento de diversas demandas na unidade.

*Senhora pergunta se tem fisioterapeuta na unidade, explica que a sogra sofreu uma queda e quebrou o pulso. Por enquanto, ela tem feito os procedimentos com médico particular, mas está ficando muito caro. A recepcionista diz que sim e explica o procedimento para conseguir vaga. Primeiro passa com o clínico (mas não está agendando, por enquanto. Caso ela queira tentar encaixe, deve chegar cedo), ele encaminha para o ortopedista, que, então, a direcionaria para fazer fisioterapia. E que, se tivesse sorte, poderia ser na unidade (ou não).*

A 'política de encaixe' tem a intenção de aliviar o sofrimento da população causado pela falta de atendimento médico, procurando um melhor aproveitamento dos profissionais presentes. Essa política, no entanto, gera uma grande ansiedade e insatisfação nos usuários.

*A paciente chegou às 6h para tentar encaixe com a ginecologista, ficou com o nome na lista de espera, porém, após as 10h horas, sem sucesso, desistiu. Nesse dia, poucas pacientes faltaram à consulta.*

Essa incerteza sobre o atendimento gera momentos de tensão entre os usuários e a equipe da recepção.

*A recepcionista fala da dificuldade em trabalhar sob tanta pressão dos usuários e que tem medo de ser agredida fisicamente. Comenta que agora os encaixes estão difíceis, pois, como os usuários não conseguem novas consultas, não têm faltado às consultas agendadas. Nesta tarde havia sete pessoas para encaixe com a ginecologista, e somente três ausências, assim, os demais tiveram que ir embora sem conseguir atendimento.*

*Uma paciente jovem reclama. Diz que falaram para ela esperar que seria atendida. Ela chegou à unidade às 11h e já eram 15h40 quando avisaram que ela não conseguiria.*

*A recepcionista é incisiva em dizer que todos foram alertados que era encaixe, portanto podiam ou não conseguir o atendimento médico. A paciente afirma que não, que para ela estaria certo que passaria.*

*O recepcionista comenta: 'não dá para deixar o pessoal esperando sem saber se será atendido. A partir de um número de pessoas já temos que dispensar. Hoje mesmo eu dispensei várias... a gente explica que não podemos dar certeza do atendimento, mas eles não entendem ou não querem entender'.*

Cabe à recepção um papel importante na 'triagem' dos usuários, muitas vezes, sendo decisiva para definir quem tem acesso ou não ao atendimento. A falta de conhecimento técnico pelas recepcionistas pode ser um problema para os usuários que necessitam de um atendimento diferenciado.

*Chama minha atenção um casal boliviano. A esposa grávida de sete meses está com dor. O diálogo é bem truncado entre o recepcionista e*

*o marido (eu não consegui entender o motivo). Após a insistência do marido, o recepcionista orienta a aguardarem na frente da sala da enfermeira.*

*O marido reclama que já foi três vezes na UBS e não é atendido, o recepcionista explica ao marido 'que foi atendido, sim, eu atendi! Só não resolveu o problema dele'.*

Mesmo considerando a recepção como um espaço de escuta e criação de alternativas, há limites para a autonomia dos trabalhadores, considerando que ele deverá seguir um conjunto de normas e procedimentos preestabelecidos.

*Percebo, novamente, a presença de uma senhora que já esteve lá pela manhã. Após, fico sabendo que é um encaixe para a filha com a ginecologista. Mais uma vez, é explicado que é encaixe, que deve aguardar surgir vaga e que a prioridade são as gestantes.*

*A recepcionista (Bete) vai verificar se as gestantes já estão aguardando em frente à sala da ginecologista e demora um pouco. Neste ínterim, a filha da senhora chega e descobre que é um encaixe e que tem que aguardar, sem a certeza de que será atendida. Fica muito nervosa e pede para tirar o nome dela da lista. A mãe tenta amenizar a situação: 'a recepcionista falou de manhã que era certeza que atendia, o caso da minha filha é uma urgência, ela está com um nódulo e precisa ver isto'. A recepcionista (Bernadete) ouve e observa, mas não se pronuncia, assim, a filha decide: 'pode tirar o meu nome da lista, eu tenho que ir trabalhar'.*

O fato de o usuário ser de outra área de cobertura é um dos motivos para a negativa do atendimento. A territorialização (BRASIL, 2012), quando trabalhada de forma muito rígida, impede que o usuário seja atendido pelo profissional de sua escolha.

Mãe deseja marcar consulta com o Pediatra. Diante da oferta da vaga com o Dr. Valter, questiona:

Mãe - não tem outro pediatra?

Recepcionista - Quantos anos tem a criança?

Mãe - Cinco meses.

Recepcionista - então, é somente ele (a mãe fica confusa, então, a recepcionista esclarece): tem a Dra. Aline, que é Hebiatra, atende os jovens de 12 a 17 anos. Pode marcar com o pediatra?

Mae - Não, com ele não, vou marcar em outra unidade.

A Recepcionista informa - Se a referência da moradia da senhora é esta unidade, não vai conseguir agendar em outra.

Pergunto a mãe como ela irá fazer para acompanhar o bebê?

Mãe - eu pego o endereço das minhas irmãs e marco em outra unidade, me viro..., mas com ele eu não passo.

As regras que visam a um maior controle de insumos também são motivos para o não atendimento das demandas, principalmente na farmácia.

Mãe com o bebê, que toma medicação controlada, não tem como checar e, portanto, não pode fornecer a medicação. A mãe alega que o bebê não pode ficar sem a medicação, e ela não tem mais remédio em casa. A atendente fica preocupada e tenta resolver. A mãe fala que tem a última receita em casa com a data do recebimento. A atendente pede para ela buscar em casa, pois o posto fica aberto até as sete.

Diante da demora e da incerteza, muitos pacientes saem da unidade sem ao menos enunciar suas demandas. Percebe-se que,

quando a unidade não tem como atender à(s) demanda(s) dos usuários, a 'solução' possível é que ele se desloque até outro ponto da rede. Assim, muitas vezes, os usuários são orientados a procurar a AMA por falta de atendimento médico na unidade. Vale ressaltar que esses 'encaminhamentos' são realizados de maneira informal, o que contraria a proposta original do serviço, como disposto nas diretrizes da AMA (SÃO PAULO, 2015).

Como resumo desse item, pode-se dizer que o não atendimento da demanda trazida pelo usuário pode ter várias causas: 1. A demanda por serviços, especialmente por consultas médicas, é sempre maior que a disponibilidade de recursos; 2. O despreparo técnico do pessoal da recepção, inclusive o desconhecimento de possibilidades de ofertas dentro da própria unidade; 3. A falta de ofertas alternativas de atendimento, ainda muito centrado na figura do médico; 4. A rigidez do processo de territorialização; 5. O posicionamento e o protagonismo dos usuários quando recusam a oferta que é feita, se avaliam que ela não coincide com sua demanda de atendimento por algum profissional específico; 6. A existência de uma lógica programática (TEIXEIRA; SOLLÁ, 2006; BRASIL, 2012; SÃO PAULO, 2010) que dificulta o acesso de pacientes que não se encaixam nas prioridades estabelecidas pelo programa; 7. A existência de regras para entrega de medicamentos e insumos (SÃO PAULO, 2010); 8. A falta de alguns insumos.

## Respostas múltiplas para demandas complexas

Nesse bloco estão as cenas que, por apresentarem demandas múltiplas e complexas, resultam em desfechos ambíguos, sendo que algumas demandas são atendidas e outras não, e, em algumas situações, uma oferta diferente é apresentada pelo trabalhador. São situações bastante frequentes e que permitem observar aspectos importantes da micropolítica da unidade (CECCIM;

MERHY, 2009; MERHY; FRANCO, 2005), especialmente as construções realizadas por trabalhadores e usuários.

Há situações tipo ‘escolha de Sofia’, nas quais o próprio usuário, trazendo demanda de três pessoas diferentes, deverá decidir quem mais precisa de atendimento médico.

*Uma senhora com idade bastante avançada aguarda para agendar consulta para uma irmã de fé, mesmo com dificuldade em ficar muito tempo em pé porque está doente. Ela se compadeceu da vizinha que cuida de duas irmãs, uma na cadeira de rodas e a outra com depressão. A ‘moça’ já veio marcar a consulta na UBS, mas não conseguiu e fica muito difícil sair de casa, pois não pode deixar as irmãs sozinhas. A senhora espera agendar consulta para as três, já que a ‘moça’, mais um informe, ‘Não vai poder agendar para mais de uma pessoa. Cada pessoa só terá direito a um agendamento’. A recepcionista Nelma me explica: ‘é um agendamento por família. Eles têm que escolher quem precisa mais’.*

Cecílio (2012) já havia apontado para o que seria uma disjunção dos tempos do gestor, do trabalhador e do usuário, ressaltando como o tempo assume dimensões diferentes para os vários atores, em particular, o quanto a vivência da doença resulta numa vivência do tempo, que é da ordem da urgência, do ‘aqui e agora’, que quase nunca pode ser contemplada pelos serviços de saúde.

[21 de maio] *Encontro uma moça com um bebê no colo. Acompanhei a consulta dela ainda gestante com a enfermeira. Ela conta que a criança nasceu de parto normal e foi tudo bem, mas a criança teve infecção no coto umbilical e ficou internada por 15 dias tomando antibióticos. Comenta que, por causa da internação, perderam a consulta, que é pré-agendada quando sai da maternidade, e, por isso, veio remarcar hoje. ‘Liguei avisando que não poderia comparecer’. Agora está com dor no local dos pontos, acredita que podem ter inficionado, mas a consulta com a ginecologista é somente para junho.*

Em várias situações cotidianas, nas quais o trabalhador se vê diante de casos complexos, caracterizados por um conjunto de várias demandas trazidas simultaneamente pelo usuário, observam-se duas possibilidades mais comuns de desfechos: ou o trabalhador faz um recorte (seleciona) de uma determinada demanda para a qual tem uma resposta factível e, de certa forma, ‘despreza’ as demais, ou usa sua capacidade criativa para atender, pelo menos parcialmente, ao conjunto de demandas apresentadas. Essas cenas são captadas em espaços que propiciam a escuta, ou seja, de um modo geral, não são realizadas na recepção, já que esse é um ambiente de pressão, alta rotatividade de atendimentos (pressa) e de falta de privacidade. E, também, são cenas reveladoras sobre as escolhas do usuário, que pode rejeitar as saídas oferecidas pelo trabalhador se não forem exatamente o que ele deseja.

## Conclusões

Vivenciar o cotidiano das equipes revelou-se muito produtivo. Mesmo reconhecendo que demanda em saúde não é a mesma coisa que necessidade de saúde, a reflexão propiciada por um olhar mais cuidadoso sobre as demandas dos usuários, especialmente como elas são ‘manejadas’ pelo trabalhador, revelou-se um poderoso analisador das relações micropolíticas da unidade de saúde, aquilo que ocorre no ponto mais capilarizado do sistema de saúde, no ‘espaço intercessor’ em que se dá o encontro trabalhador-usuário, independentemente do modelo assistencial adotado. Essa poderia ser considerada a maior contribuição do estudo.

Talvez seja possível afirmar que, ao operar um modelo de atenção ‘tradicional’, de certa forma, ‘ultrapassado’ quando comparado à abertura propiciada pela ESF, haveria uma perda de qualidade de atendimento para os usuários do território, o que pode ser um indicativo de inequidade no sistema, já que um

percentual importante de unidades do município opera com a ESF. Nesse sentido, uma das conclusões do estudo é a recomendação da mudança do modelo assistencial adotado na UBS, para, entre outras coisas, haver uma ampliação do cardápio de ofertas para os usuários, na perspectiva de se reduzir a demanda por consultas médicas e se alcançar um atendimento mais integral. Sem dúvida, o ‘modelo tradicional’, ainda operado pela UBS, muito centrado na figura do médico, em boa medida, agrava o problema da falta de recursos. Por exemplo, a utilização da estratégia de acolhimento poderia ser uma saída viável para a unidade estudada, oferecendo um cardápio mais amplo de ofertas para os usuários, a partir de uma escuta mais qualificada das demandas apresentadas. As cenas alocadas na categoria ‘respostas múltiplas para demandas complexas’ são aquelas que mostram melhor os limites da unidade e as estratégias da equipe e dos usuários para enfrentá-las. É nesse espaço que se pode observar a potência do espaço intercessor trabalhador-usuário, mostrando a capacidade de mobilização da equipe, os arranjos realizados etc. Um espaço que, muitas vezes, é, de modo surpreendente, de invenção e cuidado. Ali é possível reconhecer a ação cuidadora da equipe para a resolução dos problemas trazidos pelos usuários, inclusive ‘quebrando’ as regras da gestão, exercitando sua ‘inteligência astuciosa’.

Tais encontros permitem ter mais clareza sobre o quanto o espaço intercessor é constituído e atravessado por várias lógicas que definem o quanto o trabalhador poderá ou não atender às demandas que lhe são apresentadas, entre elas, o modo de operar do modelo biomédico centrado no corpo doente, cada vez mais produtor de exames e utilizador de fármacos. Tal modelo segue hegemônico ainda na atenção básica, apesar de todas as possibilidades de cuidados alternativos; a formação técnica e o sentido ético que o trabalhador dá ao seu trabalho; o conjunto de diretrizes, normativas e regras

de utilização dos serviços delimitando fortemente o campo de ação (e de ‘possíveis’) do trabalhador, incluindo-se, aqui, a rigidez na definição da regionalização e a consequente adscrição de clientela, e uma forte valorização dos princípios da Programação em Saúde do Ministério da Saúde; as condições materiais de trabalho, que circunscrevem os limites do trabalhador para fazer frente às demandas apresentadas.

O artigo aponta elementos para uma melhor compreensão de como é intensa e contraditória a vida cotidiana de uma UBS para fazer frente às demandas dos usuários. Mostra como os trabalhadores operam com os limites impostos pelas condições objetivas de trabalho, mas, também, com elementos não tão facilmente identificáveis que são da ordem da subjetividade e do sentido ético dado ao trabalho. Como disse a recepcionista para a pesquisadora: “*Quem sabe você vendo e anotando...*”, acreditando que dar visibilidade para esse cotidiano tão duro em outros espaços talvez possa contribuir para promover alguma mudança. Trazer o cotidiano da unidade de saúde para um trabalho acadêmico poderá, em alguma medida, contribuir para dar visibilidade ao que ocorre de modo silencioso e anônimo na unidade? O título do trabalho, ‘Nem sempre sim, nem sempre não’ expressa, portanto, que, muito frequentemente, o resultado do encontro trabalhador-usuário não é, de saída, previsível quando se trata de acesso ao serviço, configurando-se em uma situação de ‘meia-cidadania’ para aqueles que dependem do SUS, especialmente da atenção básica. ‘Meia-cidadania’ porque o acesso é, em princípio e por garantia constitucional, de caráter universal, mas, na prática, o cidadão que depende do SUS para receber a atenção à sua saúde não tem o acesso garantido de saída, já que este dependerá de um conjunto de fatores que não estão previamente dados.

Como limitação do estudo, poderia ser apontado o fato de ter sido realizado em uma UBS que adota um modelo de atenção,

em princípio, em ‘extinção’. Por outro lado, seria possível dizer que essa ‘invisibilidade’ dos encontros dos trabalhadores com os usuários, em particular, o quanto resultam em mais ou menos cuidado, é uma questão importante para quem se ocupa da gestão em saúde, independentemente do modelo assistencial adotado e mesmo do regime jurídico vigente, de recorte mais ou menos privatizado. Enfim, o estudo mostra o quanto o SUS real, aquele vivido pelas pessoas movidas por suas necessidades, é uma construção diária, tensa, disputada no encontro diário

entre trabalhadores e usuários ali no serviço de saúde.

## Colaboradores

Melo, S. M., Cecílio, L.C.O. contribuíram substancialmente para a concepção, análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. Andreazza, R. contribuiu para a concepção, análise, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo. ■

---

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 12 jun. 2002. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/legislacao/portaria\\_1101\\_12\\_06\\_02.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/legislacao/portaria_1101_12_06_02.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1 out. 2015. Disponível em: <[http://www.poderesau.de.com.br/novosite/images/publicacoes\\_02.10.2015-III.pdf](http://www.poderesau.de.com.br/novosite/images/publicacoes_02.10.2015-III.pdf)>. Acesso em: 13 set. de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28; v. II).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF,

2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: usos, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, abr./jun. 2008.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. (Coord.). *A Atenção Primária como estratégia para a (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde: a perspectiva de seus trabalhadores e usuários*. 2016. Disponível em: <<http://www.bv.fapesp.br/pt/auxilios/81820/a-atencao-primaria-a-saude-como-estrategia-para-reconfiguracao-do-sus-a-perspectiva-de-seus-profi/>>. Acesso em: 30 mar. 2017.



\_\_\_\_\_. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazeremos “mais do mesmo”. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção*. 2001. Disponível em: <[http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade\\_e\\_Equidade\\_na\\_Atencao\\_a\\_saude\\_-\\_Prof\\_Dr\\_Luiz\\_Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

LAPASSADE, G. *As Microsociologias*. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2005.

MARSIGLIA, R. M. G. (Coord.). *Integralidade e Atenção Primária em Saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo*. 2008. Disponível em: <<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2015.

MELO, S. M. *Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde*. 2015. 181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Relatório Mundial da Saúde*. Lisboa: MS, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. 2010. Disponível em: <[http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/planomunicipal/PlanoMunicipalSaudeSMS-PMSP\\_2010-2013.pdf](http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/planomunicipal/PlanoMunicipalSaudeSMS-PMSP_2010-2013.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Indicadores para Diagnóstico Sintético da Saúde. Cidade de São Paulo 2004-2011*. São Paulo, 2013. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjChsj3Y\\_SAhUDgZAKHVkLCh8QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fsms.sp.bvs.br%2Fhildbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D4304&usg=AFQjCNHrKnHKFV0GkChXadUKscY7paHLsA&sig2=gyNXmJKfqTFb2FVofk7C4g](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjChsj3Y_SAhUDgZAKHVkLCh8QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fsms.sp.bvs.br%2Fhildbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D4304&usg=AFQjCNHrKnHKFV0GkChXadUKscY7paHLsA&sig2=gyNXmJKfqTFb2FVofk7C4g)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes gerais da atenção básica*. 2015. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA\\_ManualDiretrizesTecnicas.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_ManualDiretrizesTecnicas.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes gerais da atenção básica*. 2015. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA\\_ManualDiretrizesTecnicas.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_ManualDiretrizesTecnicas.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Org.). *Pistas do método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano do comum*. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PUCCINI, P. T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2755-2766, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/04.pdf>>. Acesso em: 30 julho de 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de Atenção à saúde: promoção, vigilância à saúde e Saúde da Família*. Salvador: Edufba, 2006.

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em janeiro de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo nº 2012/51258-5. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 483460/2012-5

# Disseminação e uso dos resultados de pesquisas financiadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Brasil, 2004 a 2007

*Dissemination and use of the research results funded by the Department of Science, Technology and Strategic Inputs of the Ministry of Health, Brazil, 2004 to 2007*

Daniela Alba Nickel<sup>1</sup>, Sonia Natal<sup>2</sup>, Ana Cláudia Figueiró<sup>3</sup>, Marly Marques da Cruz<sup>4</sup>, Zulmira Maria de Araújo Hartz<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública - Florianópolis (SC), Brasil.  
danielanspb@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Florianópolis (SC), Brasil.  
sonianatal2010@gmail.com

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
anaclaudiafigueiro@ensp.fiocruz.br

<sup>4</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
marly@ensp.fiocruz.br

<sup>5</sup> Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Lisboa, Portugal.  
zhartz@ihmt.unl.pt

**RESUMO** Este artigo verifica a disseminação e o uso das pesquisas financiadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo de seis casos com análise imbricada, em que se verifica que a política de descentralização do fomento contribuiu para a redução da desigualdade na produção de conhecimento em saúde, embora haja desigualdade no volume de recursos alocados. A disseminação dos resultados foi o limitador da incorporação dos resultados de pesquisa. Os formatos de acompanhamento das pesquisas devem ser melhorados. O fator determinante na incorporação de conhecimentos e tecnologias pelo sistema de saúde é a intencionalidade técnica e política para o uso dos resultados.

**PALAVRAS-CHAVE** Uso da informação científica na tomada de decisões em saúde. Pesquisa. Apoio à pesquisa como assunto.

**ABSTRACT** This article verifies the dissemination and use of the researches funded by the Department of Science and Technology of the Ministry of Health. It is a study of six cases with imbricated analysis, where it is verified that the decentralization policy of the promotion contributed to the reduction of inequality in the production of health knowledge, although there is inequality in the volume of resources allocated. The dissemination of results was the limiting factor of the incorporation of the research results. Survey monitoring formats should be improved. The determinant factor in the incorporation of knowledge and technologies by the health system is the technical and politic intentionality for the use of the results.

**KEYWORDS** Use of scientific information for health decision making. Research. Research support as topic.

## Introdução

A década de 2000 foi marcada por importantes decisões que culminaram na elaboração da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCITS) e na definição da agenda nacional de prioridades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde. Ambas tiveram finalidade de orientar o fomento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e servir de diretriz para as demais agências de fomento científico e tecnológico com atuação no setor saúde naquele período. A implantação do projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, posteriormente denominado Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), determinou a descentralização do fomento da esfera pública à pesquisa em saúde e possibilitou a parceria do nível federal com os estados através das Fundações estaduais de Amparo à Pesquisa (FAPs) (GUIMARÃES, 2006; BRASIL, 2011).

A PNCITS teve como objetivo principal desenvolver e aperfeiçoar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade (BRASIL, 2008). A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) serviu como o principal instrumento para a orientação do fomento à pesquisa em saúde pelo Departamento de Ciência e Tecnologia, no período de 2005-2006 (COSTA; CRUZ, 2014). A ANPPS tem como pressupostos respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais. Elaborada por um processo de cinco etapas sucessivas, com assessoramento do Comitê Técnico Assessor (CTA), composto por especialistas e gestores reconhecidos, posteriormente, recebeu aprovação na II Conferência Nacional de

Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no ano de 2004 (GUIMARÃES, 2006; COSTA; CRUZ, 2014).

A agenda foi constituída por subagendas e temas de pesquisa. O primeiro definiu amplas áreas de pesquisa, envolvendo campos disciplinares que conformaram os temas prioritários de pesquisa; o segundo compreendeu tópicos específicos e agregados em cada subagenda. Os temas prioritários poderiam contemplar qualquer etapa da cadeia do conhecimento, desde a pesquisa básica até a operacional, sem restrições quanto às áreas de conhecimento envolvidas. Ao todo, foram aprovadas 24 subagendas de pesquisa (COSTA; CRUZ, 2014).

O Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), na época, vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIES) do Ministério da Saúde (MS), coordenou a formulação, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e das Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (Pess). Suas ações incluíram propor a execução das ações no campo da Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em saúde, gerir o conhecimento em Ciência e Tecnologia em Saúde, visando à utilização do conhecimento científico e tecnológico em todos os níveis de gestão do SUS, induzir a proposição de acordos e convênios com os órgãos da União, dos estados e dos municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS. Desta forma, foram definidas quatro áreas de atividade articuladas entre si no Decit: apoio/fomento à pesquisa, desenvolvimento institucional, assessoria de políticas de C&T e biotecnologia (BRASIL, 2007).

O fomento a projetos de pesquisa foi veiculado, nacionalmente, por meio da publicação de editais de financiamento a pesquisa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ou, regionalmente, pelas Fundações de Amparo à Pesquisa nas Unidades da Federação. Com a finalidade de aumentar

a taxa de incorporação do conhecimento científico e tecnológico em novos processos e produtos capazes de atender às necessidades e aos desejos dos brasileiros, o Decit e o SCTIES afirmam priorizar o fomento aos projetos com potencial de inovação (BRASIL, 2007). Ademais, é preciso investir, também, na disseminação do conhecimento resultante deles, tornando os resultados aplicáveis ao sistema de saúde (GUIMARÃES, 2006).

Concordando com o modelo da Hélice Tríplice de, Etzkowitz (LEYDESORFF; ETZKOWITZ, 1998), e sem descartar o papel da universidade e da indústria/mercado na indução da P&D, foi a partir da criação da política pública que se definiu normativamente o papel do Estado no desenvolvimento e na regulação dos fluxos de produção e de incorporação de tecnologias e no financiamento de atividades de pesquisa e desenvolvimento. No Brasil, o Decit apresentou papel indutor financeiro a partir do triênio 2004-2006, os recursos públicos destinados a atividades exclusivas de fomento a projetos de pesquisa, ou seja, subtraindo-se os recursos de formação, sustento e estímulo dos recursos humanos envolvidos com P&D em saúde, recebeu acréscimo de 60% quando comparado com os gastos do triênio anterior – 2000-2002 (GUIMARÃES, 2006).

Tendo em vista os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a trajetória da construção da ANPPS e a missão do Decit nesse contexto, a verificação da utilização dos resultados das pesquisas financiadas serve ao objetivo de prestar contas (*accountability*) à sociedade, incluindo-se aí os entes públicos e os envolvidos no campo de pesquisa e desenvolvimento brasileiro. Os estudos de avaliação de políticas e programas governamentais permitem que formuladores e implementadores sejam capazes de tomar decisões com maior qualidade. A otimização do gasto público nas atividades que são objetos da intervenção estatal é possível através da identificação e da superação de pontos de estrangulamentos e destaque dos pontos exitosos dos programas (OLIVEIRA ET AL., 2010).

A utilização dos resultados de pesquisa para a tomada de decisão no nível gerencial ou na organização do sistema de saúde é ainda mais desafiadora do que o uso de pesquisas clínicas (HANNEY; GONZÁLEZ-BLOCK, 2009). Percebe-se que o uso é mais provável se o problema a ser resolvido está claro para os formuladores de política, se os resultados da pesquisa não trazem informações contraditórias e possuem base teórica sólida e, principalmente, se não contrariam fortes interesses políticos (HANNEY ET AL., 2003). Ampliar iniciativas que favoreçam a divulgação científica e a comunicação de resultados é outro fator interferente na apropriação do conhecimento científico e na utilização pelos diferentes atores institucionais: pesquisadores, empresários, gestores, profissionais de saúde e estudantes. Tal como a desigualdade existente na produção de P&D, existem desigualdades na disseminação da informação e da comunicação científica entre grupos de pesquisa de universidades em diferentes regiões (COIMBRA JR., 2003).

Existem diferenças no nível de uso dos resultados, que ocorrem desde o conhecimento produzido pela pesquisa, medido através de publicações em periódicos científicos ou pedidos de patente, até o ganho social e econômico medido por indicadores específicos (HANNEY ET AL., 2003). As referências teóricas para o estudo do uso dos resultados de pesquisa são diversas, seguindo a linearidade entre a pesquisa que gera uma ação no modelo clássico ou no modelo de resolução de problemas, passando pelo uso político ou simbólico quando os resultados tornam-se argumentos para decisões políticas, até os modelos que tomam o uso de resultados de pesquisa como uma interação entre pesquisadores e prováveis usuários da informação (HANNEY; GONZÁLEZ BLOCK, 2008).

O modelo Payback, ou estoque de conhecimento, cunhado por Buxton e Hanney, apresenta dois elementos para a análise do uso: um modelo lógico com as etapas de pesquisa (definição da temática, até o uso do resultado) e cinco categorias para classificar o uso dos resultados. As categorias de uso do

modelo são: conhecimento (por exemplo, publicações acadêmicas), benefícios para futuras pesquisas (por exemplo, formação de novos pesquisadores), benefícios para a política (por exemplo, base de informação para tomadores de decisão), benefícios para a saúde da população ou para o sistema de saúde (por exemplo, indicadores de morbimortalidade, redução de custos, qualidade das ações) e benefícios econômicos mais amplos (por exemplo, ampliação da cadeia produtiva na saúde) (HANNEY ET AL., 2003, 2004; GREENHALGH ET AL., 2016).

Conforme o modelo de estoque de conhecimento, o caminho entre a definição do tema de pesquisa, o processo de pesquisa e o uso dos resultados no sistema de saúde não é linear. Por isso, uma das abordagens para avaliar o impacto de uma pesquisa poderá combinar um modelo lógico para descrever ligações entre objetivos, atividades e produtos, com o estudo de caso para verificar as interações complexas entre os atores e as instituições, através do qual o conhecimento é produzido e compartilhado (GREENHALGH ET AL., 2016).

Este artigo apresenta a utilização dos resultados das pesquisas financiadas pelo Decit do MS e faz parte de uma pesquisa avaliativa que teve como objetivo principal avaliar a Política de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde implantada pelo Decit do MS, no período de 2004 a 2010. A pesquisa de utilização dos resultados apresentou os seguintes pressupostos: (a) a política de fomento de pesquisas em saúde, baseada na agenda de prioridades, pactuada com gestores, favorece a utilização dos resultados no processo decisório das políticas públicas; (b) as relações entre atores e organizações, na interconexão entre a pesquisa e a formulação de políticas e processos de implementação, contribuem para o uso dos resultados, seja por transferência do conhecimento ou pelo seu impacto sobre os processos de decisão; (c) fatores políticos, culturais, ideológicos são determinantes para o uso dos resultados.

## Metodologia

O método adotado foi o estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados (YIN, 2010). Os casos definidos foram os projetos de pesquisa financiados e com temática nas subagendas da ANPPS. A seleção utilizou os seguintes critérios: (a) pesquisas aprovadas entre os anos de 2004 e 2007; (b) relatório final concluído; (c) no mínimo, uma pesquisa contemplada com edital nacional, uma contemplada com edital estadual PPSUS e uma com tema de Avaliação de tecnologias em saúde; e (d) pesquisas com maior chance de utilização dos resultados em curto e médio prazos, considerando, para isso, que o tema do projeto de pesquisa deveria ser considerado prioridade pelo Pacto Pela Vida e Pacto de Gestão no biênio 2006-2007.

Seis casos e oito projetos de pesquisa foram selecionados. Os casos estão numerados (1-6), e os projetos de pesquisa que compõem cada caso estão descritos como letras (A-I). Os casos 2 e 6 apresentam mais de um projeto de pesquisa para análise. O caso 2 contempla a temática de Alimentação e Nutrição, com dois projetos de pesquisa, e o caso 6 refere-se ao Edital PPSUS, que abarcou três projetos de pesquisa (*quadro 1*).

Dados primários e secundários foram utilizados. Os dados primários advêm de entrevistas semiestruturadas, dos seguintes atores-chave: coordenadores dos projetos de pesquisa selecionados; gestor estadual dos casos vinculados ao PPSUS; coordenadores e direção do Decit, cogestores de fomento das instâncias estaduais e nacionais parceiras; diretores de gestões anteriores do Decit. Os dados secundários provêm do banco de dados do Decit/SCTIE/MS Pesquisa Saúde (<http://pesquisasaude.saude.gov.br/>); editais de financiamento de projetos de pesquisa dos casos selecionados, relatórios dos projetos de pesquisa dos casos selecionados, artigos científicos de divulgação das pesquisas dos casos selecionados e relatórios do estudo de avaliação da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, da qual se originou esta pesquisa.

A análise imbricada de seis casos incluiu duas etapas: a análise interior dos casos e a análise cruzada. A análise interior dos casos consistiu-se em: (a) exame de todas as respostas dos atores-chave em termos da integridade, qualidade e pertinência da resposta à pergunta; (b) criação de base de dados qualitativos; (c) mapeamento das respostas por unidade de avaliação, com um texto sintético extraído das respostas; (d) classificação das respostas mapeadas nas categorias pré-definidas de descrição dos casos e de avaliação do uso. O objetivo da análise cruzada é aumentar a possibilidade de generalização, assegurando que os eventos e processos não são inteiramente idiossincráticos. Ela envolveu dois enfoques: o primeiro é o da estratégia de replicação, pela qual se utiliza um marco teórico para estudar em profundidade os casos e verificar se o padrão encontrado em um caso coincide com os demais casos, sucessivamente; o segundo enfoque utilizado envolveu a formação de tipos ou famílias, a fim de verificar se os casos examinados em conjunto formam agrupamentos com determinados padrões ou configurações.

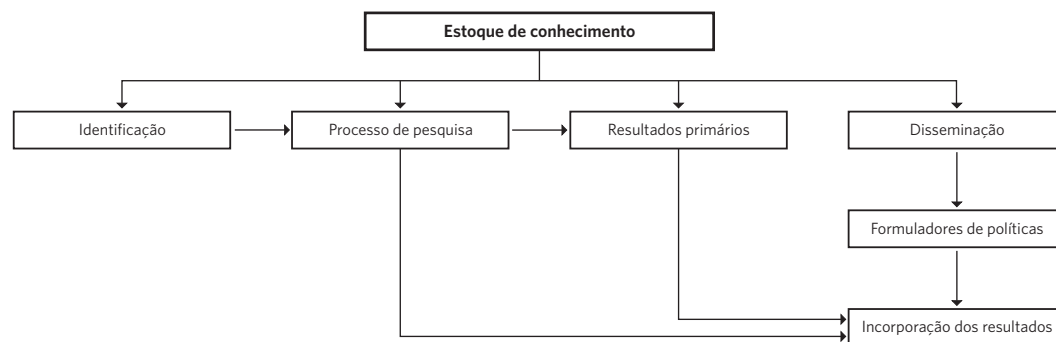
A matriz de análise desta pesquisa incluiu, portanto, as categorias pré-definidas relativas à descrição dos casos: projeto de pesquisa, tipo de contratação, ano de início da pesquisa, valor do fomento, métodos, produto da pesquisa, meio de divulgação; e as categorias pré-definidas relacionadas com a análise individual dos casos:

objeto e objetivo da avaliação do uso, resultados e fontes de evidência.

O Modelo Lógico para o estudo de caso de usos das pesquisas em saúde utilizado está descrito na *figura 1*. Conforme o modelo lógico apresentado, o processo de formulação de políticas se inicia quando necessidades ou problemas surgem e devem ser resolvidos através de políticas. As informações sobre essas necessidades e os problemas são coletadas em diferentes fontes. Já o processo de pesquisa inclui as fases de geração de ideias, constituição do grupo de pesquisa, desenho do estudo, coleta de dados, análise e aplicação dos resultados. Os resultados de pesquisas criam novas ideias e novos projetos de pesquisa; um caminho retorna para os estágios iniciais enquanto outro segue para a aplicação dos resultados da pesquisa. A aplicação dos resultados também gera novas ideias e novos desenhos. No modelo, os resultados relacionados ao uso podem ocorrer durante o processo de pesquisa e/ou após a divulgação, em que podem ir para um estoque de conhecimento ou para os formuladores de política pública (HANNEY ET AL., 2003, 2004; MARJANOVIC ET AL., 2009; GRANT ET AL., 2010).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o número de protocolo 93, no ano de 2010, e está em acordo com os preceitos éticos de pesquisas científicas que envolvem seres humanos.

Figura 1. Modelo Lógico para os estudos de caso dos subprojetos do uso das pesquisas em saúde



Fonte: HANNEY ET AL. (2003); MARJANOVIC, HANNEY E WOODING (2009); GRANT ET AL. (2010).



Quadro 1. Descrição dos casos

Caso	Projetos pesquisa	Contratação	Subagenda contemplada	Ano início projeto	Valor (R\$)	Atendimento aos objetivos	Método	Produto	Divulgação
1	A	Direta	Não se aplica	2008*	4,5 milhões	Não descreve os resultados	Não descreve	Registro de nova tecnologia em saúde	Eventos científicos, Utilização da nova tecnologia no serviço público de saúde no âmbito nacional.
2	B	CNPq/ MCT	Alimentação e Nutrição	2004	46,6 mil	Sim	Estudo de coorte	Guias alimentares e protocolos	Eventos científicos; Reuniões com técnicos de secretarias de saúde; Artigos científicos.
	C						Estudo de intervenção		
3	D	CNPq	Modalidades de Gestão, Práticas Gerenciais e Relações Público-Privadas	2004	100 mil	Parcialmente	Observacional, longitudinal	Livreto e Folder; Material para sensibilização; Instrumento para monitoramento.	Eventos científicos; Artigos científicos.
4	E	MCT/ CNPq/ MS/ Decit	Doenças negligenciadas	2006	800 mil	Sim	Ensaio clínico	Não descrito	Eventos científicos; Artigos científicos. Reuniões de pesquisa; Treinamento de jornalistas.
5	F	CNPq	Saúde do idoso	2006	1,1 milhão	Sim	Estudo de coorte	Não descrito	Não descrito
6	G	PPSUS	Assistência Farmacêutica	2006	27,9 mil	Sim	Observacional	Não descrito	Eventos científicos; Artigos científicos.
	H	PPSUS	Doenças Crônicas Não Transmissíveis	2006	76,2 mil	Sim	Não descrito	Não descrito	Não descrito
	I	PPSUS	Pesquisa clínica	2006	152,1 mil	Não descreve os resultados	Ensaio clínico	Não descrito	Não descrito

Fonte: Elaboração própria (2016).

\*Previsto para 2004.

## Resultados e discussão

A apresentação dos resultados, expondo as evidências caso por caso, de acordo com as categorias, está dividida em dois quadros,

sendo o primeiro relativo às categorias relacionadas com a descrição dos casos (*quadro 1*), e o segundo relativo às categorias da avaliação do uso (*quadro 2*).

Quadro 2. Análise de casos

<b>Caso 1</b>	<b>Projeto de pesquisa A</b>
Variável	Descrição
Objeto da avaliação	Projeto de pesquisa.
Objetivos da avaliação	Evidenciar a experiência de desenvolvimento de uma nova tecnologia para uso no sistema de saúde.
Resultados da avaliação	A tecnologia obteve o registro final da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no ano de 2010. Houve a redução de custos para a implantação da tecnologia no Brasil e o fortalecimento do desenvolvimento nacional na produção de insumos em planta produtiva brasileira. A plataforma da tecnologia não foi testada anteriormente ao estudo piloto e impossibilitou ajustes antes do teste em campo. A produção de políticas pró-inovação tem sido intensa nos últimos anos, principalmente por parte dos órgãos de fomento federais e estaduais e o setor de biotecnologia.
Fontes de evidência	Relatório da avaliação do caso. Manual operacional para utilização da tecnologia no Sistema Único de Saúde. Página eletrônica da instituição de ensino e pesquisa responsável pela pesquisa.
<b>Caso 2</b>	<b>Projetos de pesquisa B e C</b>
Objeto da avaliação	Panorama da pesquisa nacional na subagenda Alimentação e Nutrição.
Objetivos da avaliação	Identificar o uso efetivo e potencial dos resultados dos projetos de pesquisa da subagenda Alimentação e Nutrição.
Resultados da avaliação	A publicação de editais com fomento descentralizado – PPSUS – é positiva, e a agenda trouxe oportunidades para diferentes linhas de pesquisa. Apesar do sistema eletrônico de acompanhamento de pesquisas em saúde – Pesquisa Saúde –, existe limitação no acompanhamento da execução dos projetos e do uso dos resultados. No projeto de pesquisa B, houve formação de recursos humanos dos serviços de saúde e de formuladores de políticas ou programas; outros projetos foram gerados em parceria com Secretarias Municipais de Saúde, com financiamento estadual via FAP; houve aumento da interação com as Secretarias de Saúde; o espaço em reuniões para tradução do discurso acadêmico para a ação no SUS foi efetivado; um núcleo de estudos e pesquisas epidemiológicas foi formado e contribuiu para a redução da desigualdade na distribuição da pesquisa. No projeto de pesquisa C, os resultados parciais do projeto foram divulgados nas Secretarias Municipais de Saúde; as ações para o incentivo e o acompanhamento do aleitamento materno, guias alimentares e protocolos vêm sendo elaborados e difundidos com base nos estudos.
Fontes de evidência	Relatório da avaliação do caso. Projeto de pesquisa B: Artigo científico, Revista da Associação Médica Brasileira, ano 2009. Artigo científico, Revista de Saúde Pública, ano 2011. Projeto de pesquisa C: Artigo científico, Maternal & Child Nutrition, ano 2013. Artigo científico, Revista de Nutrição, ano 2013.
<b>Caso 3</b>	<b>Projeto de pesquisa D</b>
Objeto da avaliação	Projeto de pesquisa.
Objetivos da avaliação	Descrever a pesquisa e analisar seus usos e influências.
Resultados da avaliação	A pesquisa limitou-se a três áreas de atuação na temática do edital. Houve limitação para a coleta de evidências da avaliação, inclusive no relatório do caso. O processo de pesquisa não demonstrou preocupação com o uso dos resultados. Quatro objetivos específicos não foram atingidos em duas áreas de atuação na temática e comprometeram o alcance do objetivo geral da pesquisa. Houve elaboração de material instrutivo e de sensibilização em uma das áreas de atuação.
Fontes de evidência	Relatório da avaliação do caso. Artigo científico, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, ano 2011.
<b>Caso 4</b>	<b>Projeto de pesquisa E</b>
Objeto da avaliação	Editais nacionais em Doenças negligenciadas, lançado em 2006.
Objetivos da avaliação	Analisar a representação do edital para o campo de pesquisa do tema no Brasil.
Resultados da avaliação	O edital é um marco no fomento da pesquisa no tema, com incremento financeiro em relação aos anos anteriores e estratégia para a formação de redes de pesquisa. Acompanhamentos em formato de workshops são espaços privilegiados de interação e comunicação científica. O uso dos resultados no plano local para as decisões políticas sofre influência de recursos físicos (como o laboratório), políticos e de relações pessoais específicas, por exemplo. Geralmente, são utilizados os conhecimentos produzidos em redes de pesquisa já consolidadas, os quais tem pouca especificidade com o edital lançado. No plano federal, o processo de decisão sofre influência da indústria e de laboratórios privados, das relações de poder e da cultura de centralização das políticas públicas. As pesquisas no tema têm baixa tradução em inovações.

## Quadro 2. (cont.)

Fontes de evidência	Relatório do estudo de caso. Artigo científico, <i>Parasites &amp; Vectors</i> , ano 2013. Artigo científico, <i>PLoS ONE</i> , ano 2012. Artigo científico, Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, ano 2012.
<b>Caso 5</b>	<b>Projeto de pesquisa F</b>
Objeto da avaliação	Projeto de pesquisa.
Objetivos da avaliação	Descrever o projeto de pesquisa e analisar seu impacto científico e tecnológico.
Resultados da avaliação	Houve capacitação de pesquisadores em programas de pós-graduação nas instituições de ensino e pesquisa proponentes, constituição de parcerias internacionais e nacionais em quatro regiões do Brasil. Nenhum dos objetivos foi plenamente atendido, sendo eles a construção do instrumento de avaliação, estudos de confiabilidade e validade, verificação de demanda aos serviços de saúde e discussões sobre o planejamento de serviços de saúde em parceria com profissionais e gestores do sistema de saúde.
Fontes de evidência	Relatório do caso. Artigo científico, <i>Revista de Saúde Pública</i> , ano 2013.
<b>Caso 6</b>	<b>Projetos de pesquisa G, H e I</b>
Objeto da avaliação	Uso e influência dos resultados de pesquisas financiadas pelo PPSUS em Santa Catarina.
Objetivos da avaliação	Avaliar o uso, a incorporação e a influência dos resultados dos projetos.
Resultados da avaliação	Os três pesquisadores apontaram em seus relatórios um alto potencial de apropriação e incorporação dos resultados pelos serviços de saúde, no entanto, isso não foi evidenciado pelos dados e não há conhecimento sobre o uso dos resultados das pesquisas por gestores ou por profissionais. A divulgação dos resultados ocorreu em apresentações dos trabalhos em eventos. A formação de novos pesquisadores foi discreta, e não houve parceria com outros grupos de pesquisa. A adequação da expertise dos pesquisadores à área do projeto financiado não influenciou a baixa contribuição formativa dos projetos.
Fontes de evidência	Relatório final do caso.

Fonte: Elaboração própria.

A definição das prioridades de pesquisa é corroborada pela literatura como um passo importante para a estruturação de uma política de P&D (GUIMARÃES, 2006). A construção da agenda de prioridades de pesquisa brasileira ocorreu em etapas participativas, no entanto, cabe análise aprofundada da pluralidade dos atores político-institucionais, vista pela presença de representantes dos usuários do sistema de saúde, dos profissionais da saúde e de gestores. A participação dos atores político-institucionais deve ocorrer durante todo o processo decisório, não somente no processo final de aceitação ou negação da tomada de decisão, assim, a análise da percepção desses atores sobre a sua participação efetiva nas etapas de criação e aprovação da agenda também deve ser analisada. Em um cenário de elaboração de política pública e tomada de decisão restritas a um pequeno

grupo de atores, há possibilidade de baixa adesão à decisão, financiamento insuficiente ou intermitente e, conseqüentemente, pouco resultado em longo prazo (SANTOS ET AL., 2015).

O esforço para contemplar as diferentes áreas do conhecimento acabou por expor uma fragilidade da ANPPS brasileira: o excesso de temas e de subagendas. O resultado dessa pulverização foi a desigualdade na distribuição dos recursos financeiros segundo os temas de pesquisa. As subagendas de complexo produtivo da saúde e pesquisa clínica receberam quase 50% do valor para financiar as pesquisas, somando, aproximadamente, R\$ 203 milhões, entre os anos de 2004 e 2007 (COSTA; CRUZ, 2014). Neste estudo, a desigualdade do financiamento segundo as subagendas também é visível: o maior volume de recursos financeiros foi destinado ao Caso 1, viabilizado por

contratação direta para desenvolver e avaliar uma tecnologia de saúde – R\$ 4,5 milhões. O menor valor de financiamento ocorreu para as pesquisas aprovadas via Edital PPSUS, no Caso 6, Projeto de pesquisa G, subagenda de Assistência Farmacêutica – R\$ 27,9 mil. Os demais casos foram financiados via edital nacional (Casos 2, 3, 4 e 5).

Na área da saúde, os temas têm associação com prioridades de saúde e tendem a coexistir com as prioridades da política de saúde vigente, porém, por vezes, não há, no campo do saber e das práticas científicas e tecnológicas, conceitos, metodologia ou ferramentas adequadas para a produção de soluções. Assim, a extensividade, que é a incorporação na política de P&D de todas as etapas da cadeia do conhecimento, esteve expressa na agenda de prioridades (GUIMARÃES, 2006). Segundo os usos citados por Hanney *et al.* (2003), as pesquisas básica e aplicada apresentam utilizações diferentes, mas igualmente importantes para o desenvolvimento científico de um país. A pesquisa básica poderá agregar conhecimento ou beneficiar futuras pesquisas, enquanto a pesquisa aplicada apresentará uso em curto ou médio prazo no sistema de saúde. Ambas constituem um estoque de conhecimento.

Do ponto de vista macro, uma das ações da PNCITS que viabilizaram o fomento descentralizado foi o estreitamento da relação do MS com o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e seus órgãos de fomento (Finep – Financiadora de Estudos e Projetos e CNPq), e do Ministério da Educação e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) (BRASIL, 2008). Essas relações trouxeram para o MS a lógica do campo científico, enquanto que o CNPq passou a interagir com os gestores para a definição dos temas dos editais e a considerar outros critérios de julgamento, como a relevância social e a equidade regional.

Cabia ao MS, por meio do Decit, coordenar nacionalmente o programa de fomento à pesquisa, e ao CNPq o seu gerenciamento

administrativo. A função das FAPs incluía os papéis de cofinanciadoras e agentes executoras nos estados. Em parceria com as FAPs, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) envolveram-se na execução das etapas operacionais, tais como a definição das linhas prioritárias de pesquisa, a publicação de editais de seleção de projetos de pesquisa, o acompanhamento e a avaliação final daqueles projetos selecionados.

Na fase anterior ao programa, as FAPs e os núcleos responsáveis pela ciência e tecnologia nas secretarias estaduais não tinham experiência em lançar editais de pesquisa próprios, descentralizados. Assim, o PPSUS permitiu o fortalecimento do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, a redução das desigualdades regionais no desenvolvimento das pesquisas em saúde e viabilizou o apoio a pesquisadores no início da carreira que, possivelmente, não teriam condições de concorrer com os centros de pesquisa com pesquisadores em carreira já consolidada.

Quanto ao envolvimento de interessados ou afetados pela pesquisa (*stakeholders*), o Caso 3 incluiu profissionais de saúde no desenvolvimento da pesquisa, e o Caso 2 apresentou uma pesquisa de intervenção com usuários do sistema de saúde. No que tange à colaboração de grupos de pesquisa, o Caso 4 incorporou 22 grupos de pesquisadores em quatro regiões geográficas do País, e o Caso 5 incluiu pesquisadores e sujeitos de pesquisa de quatro cidades brasileiras.

O Caso 5 contribuiu para a formação de profissionais em programas de Pós-Graduação e manteve os grupos de pesquisadores envolvidos em atividades durante o período da pesquisa. No entanto, o caso apresentou alcance parcial dos objetivos de pesquisa descritos pelo projeto e não apresentou os resultados/produtos da pesquisa. A justificativa do coordenador da pesquisa foi a entrega do relatório final anteriormente à divulgação dos resultados (*quadro 2*). Os Casos 3, 5 e 6 evidenciaram mudanças na abordagem da pesquisa ao longo do tempo.

Consequentemente, os resultados alcançados não refletiram os resultados esperados quando da aprovação do fomento e obtiveram alcance parcial dos objetivos do projeto de pesquisa.

No que tange à capacidade de financiamento, o Decit realizou a indução financeira através dos recursos alocados em editais. Por outro lado, a gerência do fomento para os projetos de pesquisa trouxe consequências para os casos analisados. O recurso financeiro para a pesquisa foi atrasado ou reduzido, o que trouxe necessidade de adaptação dos objetivos e resultados esperados. Somou-se o excesso de burocracia nos processos de aprovação do projeto, liberação do recurso e início da execução, o que gerou atrasos em algum desses momentos. A precariedade do vínculo empregatício no Decit e a falta de uma política de cargos e salários foram citadas como obstáculos para a implantação e a continuidade de uma política de fomento. O quadro de pessoal, apesar de apresentar competência técnica, estava vinculado ao departamento por meio de contratos temporários, o que causou elevada rotatividade da equipe, o que, por sua vez, prejudicou a continuidade dos processos em andamento e o acúmulo de capacidade técnica na equipe. A alta rotatividade esteve presente, inclusive, nos cargos de gestão. Em dois anos, houve diversas mudanças do pessoal gestor.

O Caso 1 apresentou uso do produto da pesquisa no sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, o Caso 4 teve o uso limitado pelos contextos político e econômico, marcados pela centralização federal de decisões sobre a política pública e pela pressão de indústrias e laboratórios com interesses vinculados à área temática do projeto de pesquisa. A pesquisa aplicada segue uma agenda compartilhada entre os pesquisadores e forças externas ao ambiente acadêmico, como as políticas e econômicas. A pesquisa dirigida à incorporação de novas tecnologias tem demonstrado a importância do caráter político e de redes de contato (*networks*). Em um

ambiente onde a decisão de incorporação de novos produtos parece ser focada em custo-benefício ou custo-efetividade, estudos demonstraram que as decisões possuem grande permeabilidade aos argumentos políticos e aos grupos de interesse (HANNEY ET AL., 2003).

Indo de encontro à literatura de utilização de resultados de pesquisa que demonstra a importância da comunicação entre pesquisadores e tomadores de decisão (LEYDESORFF; ETZKOWITZ, 1998; HANNEY ET AL., 2007), os pesquisadores vinculados ao Caso 6 afirmaram que o principal papel do pesquisador seria produzir pesquisas com resultados satisfatórios para o meio acadêmico, enquanto que a utilização dos resultados de pesquisa pelo sistema de saúde ou por interessados não estaria sob responsabilidade direta do pesquisador. A divulgação da pesquisa quase que exclusivamente no meio acadêmico foi justificada pela valorização que recebe dos órgãos de financiamento e de avaliação.

A disseminação da informação científica foi inserida entre as atividades do Decit no ano de 2007 e culminou na criação de mecanismos de acompanhamento e monitoramento dos projetos de pesquisa, via a plataforma eletrônica Pesquisa Saúde. A finalidade seria

tornar acessíveis os dados que viabilizem o monitoramento das ações do Departamento, em todo o processo de fomento, desde a elaboração dos editais até a divulgação dos resultados obtidos pelas pesquisas financiadas. (BRASIL, 2007, P. 4).

Com exceção de dois casos (Caso 1 e Caso 6), todos apresentaram resultados no relatório final. Portanto, com relação ao acompanhamento das pesquisas e à apreciação dos relatórios finais, com exceção da prestação de contas, existe um grande percurso para alcançar a qualidade desejada. O Decit, o CNPq e as FAPs desenvolveram iniciativas, no período analisado, para aumentar a visibilidade dos resultados das pesquisas,

principalmente para o público dos gestores do sistema de saúde, porém, elas foram denominadas pelos entrevistados como meramente burocráticas, com caráter semelhante à prestação de contas dos gastos com o dinheiro público do fomento. O acompanhamento da pesquisa e o relatório final permanecem centrados em relatório técnicos, geralmente fundamentados na produtividade dos pesquisadores, dado o interesse específico do CNPq em avaliar os resultados de pesquisa por meio de resultados tangíveis e de sua contabilidade.

Instrumentos alternativos de avaliação das pesquisas, como os seminários de apresentação de resultados parciais, pareceram boas iniciativas das FAPs naqueles projetos vinculados ao Edital PPSUS, apesar de o tempo ser inferior ao demandado para os pesquisadores apresentarem seus resultados parciais, em geral, após um ano desde a contratação do projeto. Outra temporalidade que limita a avaliação das pesquisas é a da publicação dos resultados, que ocorre até cinco anos após o término do projeto, vislumbrada no *quadro 2*, no item Fonte de Evidências, onde muitos artigos científicos foram publicados dois a três anos após concluída a pesquisa.

A ausência de um canal comum de comunicação entre pesquisador, profissional de saúde, gestor e população é um aspecto que restringe a divulgação da pesquisa para além do meio acadêmico, ou seja, a divulgação é prioritariamente realizada pela publicação em periódicos e apresentação em congressos. A implantação do sistema de informação denominado Pesquisa Saúde deu um passo à frente para a divulgação irrestrita das pesquisas financiadas, mas é comum encontrar informações desatualizadas e incompletas no sistema, principalmente quanto aos resultados das pesquisas.

Os relatórios falham em apontar os impactos ou as contribuições ao SUS, talvez porque a maioria dos pesquisadores não tem essa preocupação durante sua atividade. Dois

casos trouxeram uma possibilidade de analisar a relação de sobreposição entre o uso e as publicações, ou seja, quando uma pesquisa apresenta utilização direta, tal como o caso do projeto de pesquisa contratado diretamente (Caso 1), o número de publicações científicas não é tão alto quanto naqueles projetos onde se verifica o uso estritamente acadêmico, sem aplicação direta no serviço.

## Conclusões

Tratou-se de uma análise para a identificação dos efeitos que limitam e que favorecem o uso dos resultados de pesquisa, com um recorte temporal e institucional, uma vez que foram definidos para a pesquisa os fomentos provenientes de editais lançados após a implantação da PNCTIS e da ANPPS. Os formatos institucionais e as articulações políticas para a definição das prioridades de pesquisa e do fomento aos projetos em editais específicos ou a contratação direta são peças importantes no estudo de uso de resultados de pesquisa e difíceis de identificar ou mensurar. A política de descentralização do fomento por meio das FAPs e dos editais PPSUS possibilitou uma experiência positiva para a diversidade na produção de conhecimento em saúde e para a definição de temas de pesquisa mais próximos à realidade regional. O aspecto limitador foi a ampla agenda de prioridades em pesquisa, que permitiu uma desigualdade no financiamento entre as subagendas, bem como a priorização do volume de financiamento para a contratação direta da produção e avaliação de uma nova tecnologia em saúde.

O uso dos resultados como um estoque de conhecimentos está claramente definido nos seis casos estudados, seja pela divulgação em periódicos científicos ou eventos temáticos ou pela formação de pesquisadores e manutenção de grupos de pesquisa em atividade no País. A disseminação dos resultados para alcançar os formuladores de políticas é o



limitador da incorporação dos resultados de pesquisa. Os pesquisadores entrevistados não se perceberam como disseminadores das informações para além dos centros de ensino e pesquisa. As ferramentas de disseminação irrestrita, como a página eletrônica Pesquisa Saúde, apresentam incompletude de dados. O desafio consiste em melhorar os formatos de acompanhamento das pesquisas que recebem o fomento em longo prazo, até cinco anos após a entrega do relatório final, e tornar heterogêneos os canais de monitoramento e avaliação para evitar a discordância entre a necessidade do uso dos resultados de pesquisa e a avaliação com ênfase nos resultados científicos – publicações em periódicos e apresentação em eventos.

Como conclusão, o fator determinante na incorporação de conhecimentos e tecnologias pelo sistema de saúde é a intencionalidade da pesquisa para o uso de seus

resultados, tanto a intencionalidade técnica, pela necessidade de novos elementos tecnológicos, quanto intencionalidade política, dado que a pressão para a incorporação deve ser maior do que a pressão pela continuidade de tecnologias já implantadas e que tem o apoio dos meios de produção consolidados – como a indústria médico-assistencial e os laboratórios.

## Colaboradores

Natal, S. e Nickel, D. A. contribuíram para a concepção, análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito e aprovação final. Figueiró, A. C. e Cruz, M. M. participaram da aprovação da versão final do manuscrito. Hartz, Z. M. A. contribuiu para a concepção, análise e interpretação dos dados e aprovação final do manuscrito. ■

---

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília, DF: 2008. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde*. Diretrizes técnicas. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Comunicação e informação do Decit: desafios para difusão e monitoramento das ações de fomento. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 313-316, abr. 2007

COIMBRA JR., C. Desafios da produção e da comunicação científica em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4-5, 2003.

COSTA, T. B.; CRUZ, M. M. A política de ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: o dilema na definição das prioridades para pesquisa. *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 38, n. 3, p. 163-183, 2014.

GRANT, J. *et al. Capturing research impacts: a review of international practice*. Santa Monica: Rand Corporation, 2010.

- GREENHALGH, T. Research impact: a narrative review. *BMC Medicine*, London, v. 14, n. 1, p. 78, 2016.
- GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. espec., p. 3-10, 2006.
- HANNEY, S. *et al.* An assessment of the impact of the NHS Health Technology Assessment Programme. *Health technology assessment*, Wichester, v. 11, n. 53, p. iii-iv, ix-xi, 1-180, 2007.
- HANNEY, S.; GONZÁLEZ-BLOCK, M. A. Evaluación del impacto de la investigación en la política sanitaria: conceptos y casos concretos. *Medicina Clínica*, Barcelona, v. 131, supl. 5, p. 81-86, 2008.
- . Evidence-informed health policy: are we beginning to get there at last. *Health Research Policy and Systems*, London, v. 7, p. 30, 2009.
- HANNEY, S. R. *et al.* The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, London, v. 28, p. 1-28, 2003.
- HANNEY, S. R. *et al.* Proposed methods for reviewing the outcomes of health research: the impact of funding by the UK's Arthritis Research Campaign. *Health research policy and systems*, London, v. 2, n. 1, p. 4, 2004.
- LEYDESDORFF, L.; ETZKOWITZ, H. The Triple Helix as a model for innovation studies. *Science and Public Policy*, Oxford, v. 25, n. 3, p. 195-203, 1998.
- MARJANOVIC, S.; HANNEY, S.; WOODING, S. *A historical reflection on research evaluation studies*, their recurrent themes and challenges. Santa Monica: Rand corporation, 2009.
- OLIVEIRA, L. G. D. *et al.* Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n., supl. 1, p. 997-1010, 2010.
- SANTOS, F. D. A. A definição de prioridade de investimento em saúde: Uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, 2015.
- YIN, R. *Estudo de caso, planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman. 2010.

---

Recebido para publicação em abril de 2016  
Versão final em novembro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: SCTIE/Decit

# Representações sociais de estudantes de escolas públicas sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids

*Social representations of public school students about people living with HIV/Aids*

Rebeca Coelho de Moura Angelim<sup>1</sup>, Verônica Mirelle Alves Oliveira Pereira<sup>2</sup>, Daniela de Aquino Freire<sup>3</sup>, Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão<sup>4</sup>, Fátima Maria da Silva Abrão<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem – Recife (PE), Brasil.  
rebecaangelim@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem – Recife (PE), Brasil.  
vmirelle@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem – Recife (PE), Brasil.  
daniela\_3439@hotmail.com

<sup>4</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem – Recife (PE), Brasil.  
bri.melo@hotmail.com

<sup>5</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem – Recife (PE), Brasil.  
fatimaabrao@hotmail.com

**RESUMO** O estudo objetivou analisar as representações sociais dos jovens e adultos acerca de suas vivências ante a pessoa com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids). Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com 59 alunos do Programa de Educação de Jovens e Adultos, matriculados em duas escolas do município de Recife. Utilizou-se a técnica de entrevistas. Os dados foram analisados com apoio do software Alceste 4.5. Conclui-se que há necessidade de integrar temas sobre a conscientização social acerca da Aids. Ressalta-se a importância do enfermeiro como facilitador em colaborar para a desmistificação de sentimentos e atitudes referentes às pessoas com HIV.

**PALAVRAS-CHAVE** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV. Adulto jovem. Percepção.

**ABSTRACT** *The study aimed to analyze the social representations of young people and adults about their experiences facing the person with HIV/AIDS. It is a descriptive, exploratory study with qualitative approach, developed with 59 students of the Youth and Adult Education Program, enrolled in two schools in the city of Recife. We use the technique of interviews. Data were analyzed with the support of software Alceste 4.5. It is concluded that there is a need to integrate issues of social awareness about AIDS. We emphasize the importance of the nurse as a facilitator in helping to demystify feelings and attitudes towards people with HIV.*

**KEYWORDS** *Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Young adult. Perception.*

## Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) são temas discutidos mundialmente (DANTAS *ET AL.*, 2015). Desde o início da década de 1980, a identificação do HIV/Aids constitui um desafio para a comunidade científica global, sendo considerado um problema de saúde pública, de grande magnitude e caráter pandêmico que envolve diversos atores sociais, atingindo os indivíduos sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (PERUCCHI *ET AL.*, 2011).

No Brasil, o primeiro caso foi registrado no estado de São Paulo na década de 1980. Comparando a evolução da epidemia de Aids com dados disponíveis desde esse período, chama atenção o fato de que, pela primeira vez em sete anos, a taxa de detecção por 100 mil habitantes caiu para menos de 20 casos, passando a ser a menor taxa de detecção dos últimos 12 anos (PERUCCHI *ET AL.*, 2011). A maior concentração dos casos de Aids no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos, porém, no que se refere às faixas etárias, observa-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas etárias de 15 a 39 anos (BRASIL, 2015).

A abordagem sobre o HIV/Aids pode ser realizada por meio de programas em saúde que envolvem os estudantes tanto individualmente quanto em grupo, usando como base palestras e/ou dinâmicas diversas acerca das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), inclusive a Aids (NAGAMATSU *ET AL.*, 2011). Além disso, alguns fatores podem influenciar no melhor entendimento dos alunos sobre essas doenças, como a participação da família, qualidade de vida e a educação (CAI *ET AL.*, 2012).

Desse modo, torna-se imprescindível a realização de práticas educativas voltadas à temática da sexualidade, principalmente no ambiente escolar a respeito da prevenção do HIV, visto que a escola atua como agente facilitador no processo de aprendizagem dos estudantes, estabelecendo uma troca de

informação dos alunos com os educadores (PIAU; PEREIRA, 2012).

Vale ressaltar que em relação à fonte de informações dos adolescentes sobre DST e o HIV/Aids, 60,6% afirmaram utilizar a televisão como principal meio para obter informações acerca dessas doenças, seguido por 49,3% que referiram a escola com o professor como principal fonte disseminadora de informação (CHAVES *ET AL.*, 2014).

Dessa forma, salienta-se a importância da escola como um ambiente onde se trabalha conhecimentos, habilidades e mudanças comportamentais em diferentes áreas do conhecimento humano, tornando-se o local mais adequado para as ações educativas e promotoras em saúde (CAMARGO; FERRARI, 2009). Além de ser um ambiente ideal no processo ensino-aprendizagem, a escola é fundamental na formação de pessoas no que tange aos direitos civis e de proteção à pessoa física, promove a inserção nos diversos aspectos sociais e de políticas públicas e, com as demais entidades promotoras do desenvolvimento de jovens e adultos, propicia um local indispensável para a abordagem acerca da temática HIV/Aids (BRASIL, 2009).

Estudos que promovam a reflexão acerca do impacto do HIV/Aids na sociedade e a atuação do profissional de saúde como facilitador de diálogo, das questões suscitadas pela doença, reforçam a necessidade de estudar as representações sociais sobre o processo do adoecer pelo vírus.

Segundo Denize Jodelet (2001), a falta de informações e incertezas científicas promove o surgimento de pensamentos, ou seja, das representações sociais que circulam em torno de uma comunidade. Essas definições compartilhadas pelos indivíduos de um mesmo grupo suscitam em uma realidade para eles, que pode ou não entrar em conflito com outros grupos. Nessa perspectiva, a autora afirma que as representações são um sistema de interpretação que promove a relação do indivíduo com o mundo, podendo representar ou se representar a um objeto ou a um sujeito.

Diante do exposto, trabalhar representações sociais em um ambiente escolar, tendo em vista a análise do conhecimento social compartilhado sobre um determinado tema, na visão do senso comum dessa população em um ambiente educacional é de fundamental importância.

Nesse caminhar, a problemática deste estudo partiu de que o conhecimento acerca do HIV/Aids entre estudantes de escola pública ainda é deficiente em face de ser um grupo vulnerável com reduzido acesso as políticas públicas de promoção da saúde.

O pressuposto teórico se deu pelo fato de se tratar de uma população que apresenta elevado número de contaminação pelo HIV/Aids e que pode dispor de informações pertinentes sobre a doença para a equipe de saúde no que se refere às representações sociais. Dessa forma, este estudo objetivou analisar as representações sociais dos jovens e adultos acerca de suas vivências perante pessoas que vivem com HIV.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em duas escolas estaduais que possuem o curso presencial de Educação de Jovens e Adultos (EJA), foi realizada no período de agosto a dezembro 2013, na cidade do Recife, Brasil. O critério para os estudantes participarem da pesquisa foi o de estarem regularmente matriculados nas escolas contempladas e inseridos na modalidade de ensino EJA.

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário aos 169 alunos, com idade entre 18 e 63 anos, o qual objetivou identificar as possíveis pessoas contaminadas pelo HIV ou sujeitos que conhecem pessoas infectadas; assim, somente os sujeitos que têm esse conhecimento ou são contaminados seguiram para a entrevista. Desse modo, 59 alunos afirmaram conhecer pessoas com

o HIV. Nenhum aluno afirmou possuir o vírus. As entrevistas obedeceram um roteiro previamente elaborado com sete questões, sendo que, para análise deste estudo, a ênfase foi dada para a seguinte questão: Como você percebe/visualiza uma pessoa contaminada com HIV/Aids? Os indivíduos foram entrevistados individualmente. Cada entrevista durou em média 15 minutos, o conteúdo foi gravado em aparelho MP3, com posterior transcrição.

Os dados qualitativos foram dispostos no programa Alceste – Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto. As entrevistas foram transcritas em um documento Word®, em que foram minuciosamente revisadas, sendo eliminados os vícios de linguagem e adequada a ortografia. Posteriormente, foram operacionalizadas conforme o programa, por meio de um corpus de natureza textual, de análise standard, ou seja, a utilização de entrevistas com questões abertas (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

A montagem do *corpus* se deu por intermédio da apresentação das variáveis chamadas de linhas estreladas, que delimitam cada unidade a ser analisada. As variáveis usadas foram sexo e escola, as quais foram utilizadas apenas a critério de identificação do sujeito. Criou-se um dicionário para que houvesse uma redução de vocabulário; as palavras com o mesmo significado foram substituídas por um único termo com o intuito de homogeneizar o texto.

De acordo com as regras do *software*, também foram substituídas palavras que tivessem o hífen para o *underline*, e as falas do entrevistador foram colocadas em letras maiúsculas para que não se confundissem com a fala do entrevistado (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). As 59 entrevistas realizadas totalizaram 47 páginas com 67.094 caracteres, o *corpus* foi inspecionado por uma das pesquisadoras especialista nesse tipo de análise durante toda a sua montagem.

Após a leitura dos conteúdos posteriores a cada linha estrelada ou da Unidade de Contexto Inicial (UCI), comando que o

programa identifica onde se inicia cada entrevista, o Alceste segmenta o texto em Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são fragmentos menores apresentados em três ou mais linhas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Por fim, são criadas as classes, que são conjuntos de UCE com sentidos semelhantes e vocabulários homogêneos. A análise dos resultados apresentados pelo Alceste foi ancorada em autores que abordam as representações sociais.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi respeitada a norma e diretriz para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução nº 446/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da Universidade de Pernambuco com parecer datado no dia 2 de julho de 2013 de nº 323.058.

## Resultados e discussão

A análise do resultado do *software* Alceste partiu de 59 linhas estreladas, o corpus íntegro apresentou 73% de aproveitamento. De acordo com a distribuição das UCE, a classe que associou o predomínio textual com o objetivo proposto foi a classe 3 com 43% do corpus. Para obter melhor compreensão da classe analisada, ela foi nomeada para atender ao objetivo da pesquisa como: ‘O significado das representações sociais dos jovens e adultos e suas percepções acerca da pessoa com HIV’.

As principais formas reduzidas, o contexto semântico e os respectivos valores de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) constituintes da classe 3 que possibilitam uma compreensão melhor do conteúdo da classe são apresentadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Principais formas reduzidas, contextos semânticos e valores de  $\chi^2$  da classe 3

Formas reduzidas	Contexto semântico	KH12
Viv	vive(1) vivem(1) viver(12) vivia(4) vivo(1)	15
Acontec	acontece(1) acontecer(14) acontecesse(1) aconteceu(3) acontecia(1)	14
CUR	cura(12) curar(1)	13
Amigo	amigo(9) amigos(4)	11
Descuid	descuidar(1) descuido(8) descuidou(1)	10
Trist	triste(17) tristes(1) tristeza(4)	9
Compaixão	compaixão(12)	8
Difícil	difícil(9)	8
Depressão	depressão(5)	7

Na Classificação Hierárquica Ascendente (CHA), resultado apresentado pelo *software*, foram consideradas 21 formas reduzidas. Observa-se que há uma ligação entre: cura + convívio + compaixão + difícil, sequência que forma a primeira temática: ‘Vivências e sentimentos de jovens e adultos a pessoas

com HIV’. Há também uma associação entre: amigo + coisa + viver + podemos + aconteceu + acho, cuja temática denomina-se: ‘Lembranças e hipóteses de como ocorreu a transmissão do HIV’. As palavras: acabou + faz + vez + penso, constituem a temática: ‘Dimensões e complexidades observadas



pelos estudantes a pessoas com HIV'. As formas: tomar + sabemos + vou + uma + triste + vida formam a temática: 'Vulnerabilidade de pessoas com o HIV devido à infecção do vírus'.

Com vista no objetivo de analisar as representações sociais dos jovens e adultos inseridos no EJA com base na classe escolhida, nas UCE analisadas e as formas reduzidas emergidas do *software*, surgiram os resultados correspondentes ao grupo em geral independentemente das instituições pesquisadas.

As quatro divisões binárias propostas pela CHA da classe 3 serão em seguida abordadas.

### Vivências e sentimentos de jovens e adultos a pessoas com HIV/Aids

As informações contidas nessa categoria trazem as experiências vividas pelos atores da pesquisa, e os sentimentos expostos por eles nas entrevistas fazem referência à tristeza, à depressão, à compaixão e à amizade como acolhimento crucial para a retomada de laços para sociabilidade do portador. As falas remetem essa realidade:

*Uma fatalidade, mesmo tendo uma vida boa, no final ele sabe o que pode acontecer, então é viver em uma corda bamba se equilibrando para não cair, mas no final de tudo ele sabe o que vai acontecer, é triste. (E 05).*

*Fiquei triste porque eu o conheço desde criança e independente da sexualidade, ele é ser humano, estou do lado dele. (E 53).*

É necessária a compreensão emocional dos amigos, familiares e cônjuges que circundam o portador, adequando suas orientações e cuidados durante o adoecer pelo vírus. Por este motivo, faz-se necessária a presença do profissional de saúde no ambiente educacional, ajudando a promover a desmistificação de crenças e a inversão dos valores associados aos sentimentos de negatividade ligados aos portadores.

Para tanto, destaca-se o Programa Saúde na Escola, o qual vai além de um programa de governo para uma política de Estado, pois implica na superação do modelo biomédico de atenção aos estudantes para uma proposta promotora de saúde, com a participação efetiva dos gestores, profissionais das Estratégias Saúde da Família (ESF) e da escola e comunidade escolar (estudantes, pais, comunidade do entorno), com base no enfrentamento de suas necessidades específicas, proporcionando o trabalho com capacidades individuais e coletivas existentes (FERREIRA ET AL., 2014)

Os sujeitos expuseram tais depoimentos e concepções reportando-se às suas memórias sociais. A reapresentação do sofrimento torna-se real quando esses sujeitos se deparam com a realidade da Aids, uma doença incurável, o que determina sentimentos tão intensos e angustiantes centralizados na amargura, tristeza, desespero, solidão, medo da morte e da rejeição (CAMARGO; BERTOLO; BÁRBARA, 2009; SERRA ET AL., 2013).

Assim, percebe-se um conjunto de representações, vivências e sentimentos que, direta ou indiretamente, influenciaram e deixaram marcas significativas nas trajetórias dos entrevistados, sobretudo em relação aos sentimentos vivenciados.

Também têm destaque para o sujeito da pesquisa o respeito e o acolhimento como pontos essenciais para pessoas com HIV. A fala seguinte expressa o respeito, a solidariedade à pessoa com o vírus:

*[...] é mais fácil quando você lida diretamente com a pessoa, você aprende a respeitar, a se prevenir, a ajudar as outras pessoas, e também a entender que o nosso mundo está sujeito a acontecer qualquer coisa. (E 22).*

Essas representações estão integradas a um valor social, associadas às repercussões afetivas e morais negativas, ligadas ao fato de estar doente.

## Lembranças e hipóteses de como ocorreu a transmissão do HIV/Aids

Nessa subclasse, foram identificados dois tipos de abordagens. Na primeira, os participantes visualizam as principais formas de transmissão do vírus cientificamente comprovadas, como a relação sexual desprovenida, a transmissão por meio de objetos perfurocortantes contaminados e transfusão sanguínea. Evidenciam o uso de preservativos como o meio mais eficaz para a prevenção das DST, reapresentam a relação sexual como forma principal da transmissão do HIV. A fala seguinte evidencia essa realidade.

*Irresponsabilidade. Porque hoje em dia está tudo muito aberto, televisão tem uma comunicação grande, as pessoas falam uns com os outros, até as crianças de hoje sabem o que é preservativo. (E 16).*

A citação do preservativo nos depoimentos é de extrema importância por se tratar de um método que, além de proteger contra DST, funciona como um contraceptivo. Destaca-se a importância educativa do profissional de saúde no ambiente educacional, que possa promover reflexões às práticas sexuais preventivas e o manuseio adequado dos métodos preventivos. O uso do preservativo apresenta-se como peça-chave para o enfrentamento da epidemia (CAMARGO; BERTOLO; BÁRBARA, 2009).

Vale destacar ainda algumas estratégias adotadas para a diminuição do risco de contaminação de HIV/Aids; dentre elas estão: o conhecer de saberes e práticas, a pesquisa comportamental, o diálogo, a humanização, a consulta de enfermagem, a capacitação profissional, o cuidado compartilhado e o planejamento de ações (SANTOS ET AL., 2012).

A segunda abordagem demonstra que os participantes julgam o descuido e a irresponsabilidade nos intercursos sexuais como

principais causas de contaminação. Os depoimentos relatam os mitos sobre a transmissão do vírus, ainda presentes nas populações adjacentes aos atores da pesquisa.

*As pessoas acham que se sentar pode se contaminar, se conversar pode se contaminar, um beijo ou abraço pode se contaminar, eu acho isso ignorância, eu tenho compaixão, sou amiga, mas acho que ela procurou porque ela quis. (E 20).*

O relato que refere a culpa da contaminação ao sujeito portador apresenta uma concordância com o estudo no qual os sujeitos declararam que a irresponsabilidade nos intercursos sexuais culmina na soropositividade, o que acarreta o sentimento de culpa (CAMARGO; BERTOLO; BÁRBARA, 2009).

A análise que menciona os mitos sobre a contaminação pelo vírus aborda a necessidade de trabalhar questões voltadas para a saúde dentro da sala de aula. Faz-se necessária a existência de um profissional capacitado para as questões educacionais acerca do tema.

## Dimensões e complexidades observadas pelos estudantes as pessoas com HIV/Aids

Nesse item, os sujeitos relatam os preconceitos vivenciados, doenças associadas à tristeza e o não uso de preservativos nas relações conjugais. Para elucidar essa questão, serão expostos os seguintes fragmentos:

*As pessoas veem como uma pessoa totalmente incapacitada de fazer qualquer coisa, não ver como uma pessoa normal, eu já sofri discriminação só por estar com ele, já perdi amigos. (E 05).*

*Ela não fica com mais ninguém. Ela tem marido, ele tem Aids também porque eles não se preveniam. Ela acabou ficando louca; fala coisa com coisa; ficou em depressão; ficou doente. Hoje em dia ela não faz mais nada, não pode trabalhar. (E 47).*

As falas expressam o sentimento de preconceito e discriminação contra as pessoas que vivem com HIV/Aids. Estudo semelhante de âmbito nacional realizado em 2011 identificou que, entre adultos, ainda existe a estigmatização e o despreparo associados à Aids e a temas relacionados com a sexualidade, apesar de campanhas na mídia nacional (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). A desmistificação dos sentimentos expressados pelos estudantes requer competências e habilidades desempenhadas com segurança e conhecimento pelos componentes da equipe de saúde, com ênfase no Enfermeiro, que assiste o doente com cuidados complementares no ambiente hospitalar, na atenção básica e ambiente educacional.

Assim, as falas que expressam a impossibilidade da pessoa em exercer suas atividades normais, como trabalhar, ter relação sexual ou ter filhos, são rerepresentadas como uma complexidade em relação ao adoecer pelo vírus. Tal conjectura sugere que os entrevistados não estão conscientes do tratamento da doença – a Aids é uma doença para o resto da vida, semelhante a uma doença crônica, tal como a diabetes, que requer disciplina e exige alguns cuidados, como hábitos saudáveis na rotina diária, dormir cedo, alimentar-se bem, não beber, não fumar e manter alimentação balanceada (CAMARGO; BERTOLO; BÁRBARA, 2009).

### **Vulnerabilidade de pessoas com o HIV devido à infecção do vírus**

Nessa subclasse, observa-se a ligação entre a religiosidade e os depoimentos. Os discursos que abordam esse tema exibem uma forma de fortalecimento ao indivíduo no enfrentamento das fragilidades expostas pelo HIV, como visualizado a seguir:

*Ele não se tornou uma pessoa triste, ele aceitou Jesus, realmente deve ter seus momentos de tristeza, ele é uma pessoa alegre, que luta para aproveitar o tempo que ele tem. (E 48).*

*Sinto compaixão, a Aids não tem cura, só tratamento eu acho que só tem Jesus porque não tem outra não. (E 03).*

De acordo com os trechos, os sujeitos utilizam a divindade como refúgio; o símbolo da instituição religiosa alivia o sofrimento do portador e de familiares. A religião é uma forma de acolhimento e de apoio ao enfrentamento dos aspectos morais das repercussões clínicas do adoecimento pelo HIV. Aceitar a condição da doença pode ser parte de um processo que inclui a construção de novas identidades, como ser incluído em um grupo religioso (PAIVA ET AL., 2011). Desse modo, a religião rerepresenta um fortalecimento adiante da fragilidade do adoecer.

Outro aspecto identificado nessa subclasse é que apesar da Aids ser considerada doença crônica que possibilita ao indivíduo infectado melhorar seu aspecto físico e emocional, a associação da doença ao preconceito e a ideia da morte pelo HIV é ligada às práticas sexuais desviantes que comprometem as regras sociais. Essa realidade pode ser evidenciada no trecho: “[...] ela descuidou, tinha relação sexual com um e com outro, toda noite ela saía para balada, bebia, usava drogas” (E 35).

Nesse sentido, as práticas sexuais consideradas desviantes permitem a apresentação de pensamentos negativos em relação a quem tem o vírus. O depoimento em relação ao uso de drogas nas falas se sobressai como um fator de extrema importância, pois aborda uma das principais vias de contaminação.

O julgamento da pessoa com HIV/Aids remete à culpa pela contaminação, ao não uso do preservativo e à multiplicidade de parceiros como causas da contaminação.

A culpa, ante o HIV/Aids, demonstra constituir uma questão intrigante por envolver aspectos relacionados com o juízo de moralidade, de consciência e de justiça. Os resultados demonstram que a contaminação do sujeito é decorrente do seu comportamento de risco estabelecido pela

sociedade, envolvendo aspectos relacionados com o juízo de moralidade, de consciência, de justiça anteriormente prescrita pelo social. Os sujeitos entrevistados não percebem que os modos de transmissão de uma doença têm razões mais sociais do que individuais (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

Diante dos resultados, ressalta-se a importância da promoção de programas educativos em parceria com os profissionais de saúde nas instituições de ensino, em especial ao profissional enfermeiro, que contribuam para a conscientização dos estudantes quanto à importância da prevenção e promoção em saúde no ambiente escolar, como também a desmistificação em torno do HIV/Aids. Assim, menos estigmas serão formulados nessa relação, e aquele que portar o HIV/Aids poderá ter uma melhor qualidade de vida ao conviver com pessoas menos preconceituosas.

## Considerações finais

Este trabalho fortalece as discussões de jovens e adultos acerca da pessoa que vive com HIV/Aids. Por meio deste estudo, foi possível identificar diversos conteúdos que compõem a representação social da Aids para os escolares que estão inseridos na EJA e sua influência acerca dos indivíduos soropositivos, apresentando-se como uma realidade vivida. A representação da doença abarca diferentes aspectos, com

destaque para a vulnerabilidade do portador do vírus, os medos, sentimentos e vivências acerca da doença. Os sujeitos representam o preservativo e a multiplicidade de parceiros como principal motivo para a contaminação pelo vírus.

Não se pode ignorar que a Aids vem se construindo ao longo dos anos como uma doença do medo. Sabe-se que é difícil mudar opiniões preconceituosas, conceitos e estigmas perante a história da Aids, por isso faz-se necessário alertar as instituições de ensino quanto ao papel educacional no que tange à educação social para a formação de pessoas com visões abrangentes aos estigmas da doença e menos preconceituosas.

Percebeu-se que a promoção à saúde sexual dos estudantes necessita integrar temas sobre a conscientização social e educação e saúde: é a partir daí que os profissionais de saúde devem colaborar para a desmistificação de sentimentos e atitudes referentes ao portador do HIV/Aids. Assim, reforça-se a necessidade do Enfermeiro em promover novas estratégias de ensino para abordar esse conteúdo, na concretização de uma educação transformadora, que contribuam para mudanças sociais rumo a uma sociedade justa.

Nesse caminhar, no que se refere à saúde, o tema em questão traz implicações importantes para o campo da enfermagem, para as práticas de promoção da saúde, especificamente de prevenção da disseminação do vírus e da doença. ■

---

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde na Escola*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. *Boletim Epidemiológico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- CAI, Y. *et al.* Study of HIV/Aids-related knowledge among junior high-school students in Shanghai, China. *Int J STD AIDS*, Londres, v. 23, n. 3, p. 9-12, 2012.
- CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.
- CAMARGO, V. B.; BERTOLDO, R. B.; BARBARÁ, A. Representações sociais da Aids e alteridade. *Estud. psicol. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2009.
- CHAVES, A. C. P. *et al.* Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 48-53, 2014.
- DANTAS, M. S. *et al.* HIV/Aids: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 323-330, 2015.
- FERREIRA, D. F.; FAVORETO, C. A. O.; GUIMARÃES, M. B. L. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 383-393, 2012.
- FERREIRA, I. D. R. C. *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 61-76, 2014.
- GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da Aids para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 8, 2011.
- JODELET, D. *As representações sociais: um domínio em expansão*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- NAGAMATSU, M. *et al.* HIV prevention through extended education encompassing students, parents, and teachers in Japan. *Environ Health Prev Med*, Nova York, v. 16, n. 6, p. 350-362, 2011.
- NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estud. psicol. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006.
- OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. *Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 157-200.
- PAIVA, V. *et al.* A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, 2011.
- PERUCCHI, J. *et al.* Psicologia e políticas públicas em HIV/Aids: algumas reflexões. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 23, n. esp., p. 72-80, 2011.
- PIAU, F. S.; PEREIRA, B. B. Orientação sexual na educação de jovens e adultos: os alunos como sujeitos ativos na construção de conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. *Cadernos da FUCAMP*, Monte Carmelo, v. 11, n. 14, p. 93-103, 2012.
- SANTOS, É. I. *et al.* Revisão integrativa de literatura acerca da atuação do enfermeiro na prevenção da transmissão de HIV entre idosos. *Revista Augustus*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 34, p. 18-31, 2012.
- SERRA, A. *et al.* Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/Aids atendidos em centro de referência estadual. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 294-304, 2013.

---

Recebido para publicação em maio de 2016  
Versão final em outubro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Financiamento: não houve

# Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa

## *Leprosy and Primary Health Care: program structure assessment*

Gutembergue Santos de Sousa<sup>1</sup>, Rodrigo Luis Ferreira da Silva<sup>2</sup>, Marília Brasil Xavier<sup>3</sup>

---

**RESUMO** O presente trabalho objetivou avaliar a estrutura do programa municipal de controle da hanseníase, em Canaã dos Carajás (Pará), no contexto da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo de avaliação de programas de saúde, com foco na hanseníase, tendo como público-alvo os gestores do programa de hanseníase e os gerentes das unidades de saúde da atenção primária. Foram utilizados dois questionários diferentes, elaborados especificamente para esse fim. Concluiu-se que o município em questão possui uma estrutura classificada entre insatisfatória e regular, demonstrando várias fragilidades no programa avaliado, para o atendimento em hanseníase.

**PALAVRAS-CHAVE** Hanseníase. Avaliação em saúde. Estrutura dos serviços. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de serviços de saúde.

**ABSTRACT** *Objective: to evaluate the structure of the municipal program of leprosy control in Canaã dos Carajás (Pará), in the context of Primary Health Care. Methods: this is an assessment of health programs, focusing on leprosy, targeting managers of the leprosy program and managers of health facilities of primary care. Two different questionnaires, developed specifically for this purpose, were used. Conclusion: the municipality in question has a structure classified between poor and regular, showing several weaknesses in the assessed program for the care of leprosy.*

**KEYWORDS** *Leprosy. Health evaluation. Structure of services. Primary Health Care. Health services evaluation.*

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás - Canaã dos Carajás (PA), Brasil. [gutenf@yahoo.com.br](mailto:gutenf@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Pará (Uepa), Departamento de Ciências do Movimento - Belém (PA), Brasil. [rodrigolsf@yahoo.com.br](mailto:rodrigolsf@yahoo.com.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) - Belém (PA), Brasil. [mariliabrasil@terra.com.br](mailto:mariliabrasil@terra.com.br)



## Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa e crônica de grande relevância para a saúde pública, possuindo ações exclusivas voltadas para a sua eliminação em âmbito nacional por meio do Programa de Controle da Hanseníase, presente na Atenção Primária à Saúde (APS), em particular nas Equipes de Saúde da Família (EqSF), atendendo a população por meio de ações preventivas e curativas (BRASIL, 2007). É transmitida pelo contato direto com pessoas doentes, principalmente mediante o convívio com pacientes multibacilares antes do tratamento, com interferência de fatores determinantes e condicionantes do meio em que vive (SARNO, 2003).

Somente no ano de 2012, foram notificados 33.741 mil casos novos da doença no País, com uma taxa de incidência de 17,39 por 100 mil habitantes. No estado do Pará, em 2012, foram notificados 3.970 novos casos de hanseníase, com uma taxa de incidência de 50,75 por 100 mil habitantes. No município de Canaã dos Carajás (PA), durante o ano de 2012, foram notificados 22 novos casos, com uma taxa de incidência de 75,60 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012). Os dados acima apresentados fazem com que a hanseníase seja considerada um sério problema de saúde pública, exigindo prioridades nas políticas públicas e ações de saúde que quebrem a cadeia de transmissão e que, conseqüentemente, cause impacto nos coeficientes da doença.

A incidência da hanseníase no município em questão é quatro vezes superior à média da taxa apresentada no Brasil no mesmo período, e bem maior do que os dados apresentados no estado do Pará, fazendo com que o município seja hiperendêmico em relação à hanseníase, alertando para a necessidade de intervenção no local e de um melhor conhecimento sobre o funcionamento do programa em questão. A alta taxa preocupa tanto as equipes de saúde quanto a gestão, cujos determinantes são potencializados ante o fato de o município possuir um grande

número de alojamentos coletivos, áreas de difícil acesso e dificuldade no controle dos comunicantes da doença devido ao grande fluxo migratório.

Avaliar, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), é realizar uma análise sistemática do desempenho do programa após um período de tempo específico de sua implementação, comparando os resultados alcançados com os esperados, considerando o planejamento prévio. A avaliação considera aspectos relacionados com a qualidade, eficiência, equidade, relevância, sustentabilidade, qualidade dos cuidados e indicadores de estrutura física.

A avaliação nos serviços de saúde, segundo Ferreira (2005), traduz-se em uma prestação de contas à sociedade sobre as ações e medidas que estão sendo utilizadas no serviço, contribuindo para a melhoria do serviço em questão, com reflexo direto na qualidade de vida da população assistida pelo programa avaliado.

Para Lanza (2014), avaliar a hanseníase é de extrema importância por se tratar de um agravo prioritário na política de saúde do Brasil necessitando de ações que visem ao fortalecimento da atuação da APS no seu controle. O uso de instrumentos adequados e que permitam a análise do conhecimento dos atributos que estão sendo alcançados facilita o planejamento das ações para o respectivo serviço, repercutindo diretamente na qualidade deste.

Diante do exposto o presente estudo teve como objetivo avaliar a estrutura do programa municipal de controle da hanseníase, em Canaã dos Carajás, no contexto da APS, sob a ótica da gestão e da gerência do programa em questão.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo de avaliação em saúde, tendo como foco o programa de hanseníase, buscando um aprofundamento

acerca das condições estruturais e de funcionamento do respectivo programa em Canaã dos Carajás, que em 2015 possuía uma populacional estimada de 33.632 habitantes (IBGE, 2015). Contudo, o que se observa no município, e pelo discurso de seus gestores, é que tais números não representam a população real residente, tendo em vista a elevada contratação de trabalhadores para atuar na montagem de projeto minerador, acarretando com isso um desordenado processo migratório de pessoas em busca de trabalho.

O caráter flutuante de sua população e a grande taxa de crescimento anual traz consigo uma série de dificuldades para os serviços públicos de saúde, principalmente no que tange ao planejamento das ações e serviços e à implementação de políticas públicas de saúde.

A avaliação de estrutura, segundo Donabedian (1980), contempla análise de instrumentos, recursos (financeiros, físicos e humanos) e lugares físicos (estrutura física e materiais) necessários ao desenvolvimento da atenção à saúde.

Para esta avaliação, foram utilizados dois questionários semiestruturados, composto de perguntas abertas e fechadas. Para Gil (2008), o questionário é uma técnica de investigação social, contendo um conjunto de questões, que serão respondidas pelos sujeitos da pesquisa, com a finalidade de evidenciar informações sobre conhecimentos, valores, interesses, expectativas, comportamento, entre outros, apresentando uma variedade muito grande de temas, de acordo com o problema de pesquisa apresentado e com os objetivos que se pretende alcançar.

Quanto à análise e interpretação dos resultados, este estudo teve uma abordagem quantitativa, dos seguintes aspectos: estrutura física, logística de trabalho, recursos humanos disponíveis, recursos materiais existentes, estratégias utilizadas pelo programa, atividades realizadas e recursos financeiros disponibilizados.

A pesquisa foi realizada com nove EqSF

e quatro equipes de Agentes Comunitários de Saúde, além de gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás onde foram abordados os assuntos inerentes à gestão do programa. A amostra foi composta por dois gestores e oito gerentes, sendo nove enfermeiros e um administrador.

As informações quantitativas foram apresentadas em tabelas e analisadas por meio de frequências relativas, correspondendo às variáveis presentes nos questionários aplicados.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, com parecer favorável nº 1.128.385, foram observados os critérios para o estudo em seres humanos conforme estabelece a Portaria nº 466/12.

## Resultados

O município conta com 10 unidades de APS que fazem atendimento do agravo em questão, sendo seis delas na área urbana e quatro na área rural. Entre os profissionais de saúde que atendem a demandas relacionadas com a hanseníase, o município conta com uma equipe formada por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas para atendimento direto ao usuário do programa sem necessidade de referenciar para tais profissionais. O quadro de profissionais do município também possui psicólogos, assistentes sociais, neurologista e ortopedistas alocados em outros setores, mas que atendem a encaminhamentos do programa de acordo com as necessidades.

Conforme relato do gestor do referido programa, o diagnóstico da hanseníase é de responsabilidade das unidades básicas de saúde, porém alguns casos ainda são diagnosticados em outros serviços, tais como hospitais e ambulatório de especialidades. Todas as unidades de saúde do município possuem local adequado para o diagnóstico e atendimento sequencial ao usuário do programa de hanseníase, bem como os

equipamentos e materiais necessários para a realização do atendimento em questão. A referência do programa funciona por meio de pactuação com o município vizinho, localizado a 62 km de distância.

O município não possui plano municipal de controle da hanseníase, sendo suas ações baseadas e planejadas de acordo com a programação anual de saúde e planejamentos setoriais das equipes de trabalho.

Foram realizadas uma campanha para detecção de casos novos no ano de 2014 e uma campanha no ano de 2015, sendo que ambas as campanhas estavam previstas e detalhadas na programação anual de saúde do município.

Conforme informações do gestor do programa, é realizado em média um treinamento anual para a equipe de saúde, no manejo clínico da hanseníase, envolvendo os profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Não foi relatada dificuldade para aquisição dos materiais e insumos necessários ao desenvolvimento das ações do programa municipal de controle da hanseníase, sendo utilizados recursos próprios nessas aquisições quando necessário, atendendo a todas as solicitações oriundas das equipes de saúde no que tange ao programa.

Não existe uma programação orçamentária financeira, estabelecida por meio de dotação orçamentária, no orçamento anual da secretaria municipal de saúde, específica para as ações de hanseníase, sendo que estas são atendidas dentro do bloco financeiro da vigilância em saúde.

É disponibilizado veículo para a equipe de saúde realizar busca ativa aos faltosos do programa municipal de controle da hanseníase, bem como também é fornecido combustível mensalmente ao enfermeiro da equipe de saúde caso este opte por realizar tais visitas em seu próprio carro.

Tabela 1. Materiais sobre hanseníase disponíveis nas unidades de saúde. Canaã dos Carajás (PA) - 2016

Material	Unidades de Saúde Disponíveis		
	Sim	Não	Total
Manual do Programa de Hanseníase	100%	0%	100%
Protocolo do Programa de Hanseníase	75%	25%	100%
Protocolo complementar para investigação Diagnóstica em menores de 15 anos	50%	50%	100%
Folder	62,5%	37,5%	100%
Cartazes	100%	0%	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

A *tabela 1* refere-se aos materiais disponíveis nas unidades de saúde da atenção primária, referentes ao programa de hanseníase. Observa-se que 100% das unidades possuem manual do programa de hanseníase, 75% possuem o protocolo do programa e apenas 50% das unidades possuem o

protocolo complementar para investigação diagnóstica em menores de 15 anos.

O município não possui protocolo próprio e nem fluxograma detalhado para o atendimento dos casos de hanseníase, sendo que todas as diretrizes utilizadas para atendimento no programa são baseadas no Guia

de Vigilância Epidemiológica (Ministério da Saúde – MS) e nas portarias do MS que dispõe sobre o agravo em questão.

Quanto à presença de materiais de divulgação e materiais educativos, observa-se que 100% das unidades possuem cartazes afixados sobre a hanseníase embora apenas 62,5%

das unidades possuam *folder* para divulgação da doença.

Todas as unidades de saúde visitadas possuem os materiais básicos para a realização do diagnóstico da hanseníase, em um *kit* específico para essa finalidade, conforme demonstra a *tabela 2*.

Tabela 2. Materiais disponíveis nas unidades de saúde para o diagnóstico de hanseníase. Canaã dos Carajás (PA) – 2016

Material	Disponibilidade		
	Sim	Não	Total
Monofilamentos de Semmes Weinstein ( <i>kit</i> com 6)	100%	0%	100%
Fio dental	100%	0%	100%
Algodão	100%	0%	100%
Alfinetes	100%	0%	100%
Tubo de ensaio	100%	0%	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Referente à realização do teste de acuidade visual no diagnóstico da hanseníase, 75% das unidades de saúde não realizam tal teste, 12,5% realizam para todos os pacientes no momento do diagnóstico e 12,5% realizam, porém sem rotina estabelecida. Quanto aos fatores ligados a não realização do teste acima citado, os depoentes relatam a falta de material necessário e a falta de espaço físico adequado.

A dispensação dos medicamentos da poliquimioterapia da hanseníase e dos medicamentos utilizados para tratamento das reações hansênicas também foram objetos de avaliação deste estudo, que identificou que 50% das unidades de saúde possuem tais medicamentos em estoque armazenados em sua sede enquanto os demais 50% não possuem armazenamento, dependendo de liberação conforme notificação de casos novos.

O serviço de saúde usa o cartão de aprazamento das consultas, inclusive para as referências para o serviço especializado.

Entre as ações de monitoramento implementadas em pacientes em uso de prednisona, 100% das unidades de saúde realizam peso

e pressão arterial, apenas 25% das unidades realizam a glicemia de jejum, 12,5% realizam tratamento profilático para estrongiloidíase e nenhuma das unidades de saúde realizam tratamento profilático para osteoporose.

Em casos de neurite associada, nenhuma unidade de saúde realiza a imobilização do membro afetado com tala gessada ou encaminha o usuário para o ambulatório de ortopedia, 37,5% afirmam tomar outras condutas seguidas de orientação para repouso, 25% afirmam não tomar conduta nenhuma e 37,5% afirmam nunca ter acompanhado nenhum caso relativo a esse tipo de reação.

Quanto à solicitação de exames diagnósticos complementares, identificou-se que 100% das unidades de saúde participantes da pesquisa solicitam exames de baciloscopia e 62,5% solicitam histopatologia para hanseníase, sendo que, quando solicitados, ambos os exames são realizados no próprio município e posteriormente enviados para um laboratório conveniado de referência, sendo seu resultado disponibilizado ao usuário em média 30 dias após a coleta.

Dos usuários que apresentam reação tipo

2, 75% das unidades de saúde afirmam ofertar acompanhamento odontológico para esse público-alvo, enquanto 25% das unidades não oferecem esse tipo de atendimento como rotina no programa de hanseníase.

Entre os impressos utilizados no programa de hanseníase, 100% das unidades de saúde possuem a ficha de notificação de casos novos, o boletim de acompanhamento mensal dos casos atendidos, o formulário de avaliação do

grau de incapacidade e o formulário para avaliação neurológica simplificada; 62,5% das unidades possuem o formulário de vigilância dos contatos intradomiciliares e 37,5% possuem a ficha de investigação de suspeita de recidiva.

Nenhuma das unidades de saúde do município possui vacina BCG disponível todos os dias da semana, sendo que, no município, tal vacina é disponibilizada apenas na sala de imunizações do hospital municipal.

Tabela 3. Solicitação de exames laboratoriais no diagnóstico da hanseníase e em casos de reações tipo 2. Canaã dos Carajás (PA) - 2016

Exame Laboratorial	Evento da Solicitação					
	Diagnóstico			Reação Tipo 2		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Hemograma	775%	225%	1100%	550%	550%	1100%
Creatinina	225%	775%	1100%	550%	550%	1100%
TGO/TGP	337,5%	662,5%	1100%	550%	550%	1100%
PCR	-	-	-	225%	775%	1100%
VHS/FAN	-	-	-	112,5%	887,5%	1100%
Urina	-	-	-	550%	550%	1100%
EPF	-	-	-	225%	775%	1100%
Outros	-	-	-	112,5%	887,5%	1100%
Nenhum	225%	775%	1100%	337,5%	662,5%	1100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

TGO: Transaminase Glutâmico Oxalacética; TGP: Transaminase Glutâmico Pirúvica; PCR: Proteína C Reativa; VHS: Velocidade de Hemossedimentação; FAN: Fator Antinuclear; EPF: Exame Parasitológico de Fezes.

Em relação aos exames laboratoriais solicitados no momento do diagnóstico do paciente com hanseníase, observa-se a partir da *tabela 3* que não existe uma padronização específica para a solicitação de tais exames, sendo que o exame mais solicitado é o hemograma completo (75% das unidades) e o menos solicitado é a creatinina (25% das unidades). Todos os exames preconizados por intermédio do MS para o diagnóstico complementar ou controle dos casos de hanseníase e reações hansênicas são disponibilizados no município, observando-se assim

um não cumprimento das normas estabelecidas para o programa e questão.

Nos casos de reação tipo 2, também se observa uma falta de padronização no acompanhamento de indicadores laboratoriais em que 37,5% das unidades de saúde não solicitam nenhum exame; 50% delas solicitam hemograma, creatinina, Transaminase Glutâmico Oxalacética/Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGO/TGP) e urina e apenas 25% das unidades solicitam Exame Parasitológico de Fezes (EPF) e Proteína C Reativa (PCR).

Tabela 4. Materiais disponibilizados ao usuário do programa municipal de controle da hanseníase de Canaã dos Carajás (PA) - 2016

Material	Disponibilidade		
	Sim	Não	Total
Colírio para reposição de lágrima	12,5%	87,5%	100%
Soro fisiológico	100%	0%	100%
Óleo de girassol (Dersane)	37,5%	62,5%	100%
Óleo mineral	75%	25%	100%
Creme de ureia	25%	75%	100%
Outros	12,5%	87,5%	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Das unidades de saúde participantes da pesquisa, 100% disponibilizam gratuitamente soro fisiológico aos pacientes com hanseníase; 75% distribuem óleo mineral; 37,5% disponibilizam óleo de girassol; 25% disponibilizam creme de ureia e 12,5% disponibilizam colírio para reposição de lágrima, conforme especificado na *tabela 4*.

Nenhuma das unidades de saúde abre sábado ou domingo ou permanece aberta no horário de almoço ou após as 18h algum dia na semana.

Na opinião do gestor do programa, o município possui como pontos fortes (forças) a pouca rotatividade da equipe de saúde, a disponibilidade de materiais e insumos para o programa e o apoio técnico e proximidade da referência para os atendimentos mais complexos. Possui como pontos fracos (fraquezas) a mobilidade populacional, a dificuldade para a busca ativa de contatos e a frequente entrada de novos servidores no quadro, devido à expansão populacional e dos serviços de saúde e a necessidade de capacitação frequente dessa nova demanda de profissionais.

## Discussão

A presença de profissionais de diversas categorias é de extrema importância na assistência da hanseníase, tendo em vista a

necessidade da prestação de cuidados de forma integral a esse grupo de usuários. A presença da equipe multiprofissional propicia um atendimento acolhedor e uma maior resolutividade do trabalho, permitindo um aprofundamento de saberes e práticas e a geração de vínculos comunitários, gerando uma maior autonomia no processo de trabalho e assistência da atenção primária (COSTA ET AL., 2014).

A ausência do profissional de terapia ocupacional na equipe de trabalho atuante na hanseníase traz prejuízos direto ao paciente. Embora Canaã dos Carajás seja um município com população abaixo de 100 mil habitantes, e possa pactuar tal serviço com outros municípios, seria de extrema importância a contratação desse profissional para atuar nas ações de reabilitação em hanseníase.

A terapia ocupacional no cuidado ao paciente com hanseníase é fundamental para a compreensão do usuário enquanto sujeito de sua própria história, atuando por intermédio da reabilitação física direcionada às atividades da vida diária, por meio da mudança e da transformação do indivíduo, na promoção do autocuidado e da independência desse usuário (LOUREIRO; BARRETO; MAKSUD, 2015).

Para a OMS (2010), os serviços de atendimento à hanseníase não necessitam de grandes aparatos tecnológicos, devendo proporcionar uma ampla cobertura, sendo

fornecido em todas as unidades de saúde, centrado no paciente garantindo privacidade e confidencialidade, possuir diagnóstico oportuno e os recursos necessários e esse fim, tratamento disponível e gratuito e garantir encaminhamentos adequados em casos de complicações, reabilitação e outras situações que requeiram um serviço especializado.

Diante da complexidade da hanseníase, de seu histórico de estigma e segregação e de todo o contexto social que envolve a doença, faz-se necessária a elaboração de medidas específicas que visam minimizar os efeitos da doença na comunidade, bem como ampliar as taxas de detecção de casos novos para posteriormente controlar a doença por meio de medidas que interrompam sua cadeia de transmissão. Assim, a elaboração do plano municipal de controle da hanseníase é uma medida simples e inovadora capaz de direcionar as ações da doença de acordo com seus níveis de complexidade e de atenção, impactando diretamente nos coeficientes e indicadores da doença, uma vez que dará mais visibilidade às ações e serviços que precisam ser desenvolvidos para esse fim.

No município da pesquisa, foi realizada apenas uma campanha para hanseníase. As campanhas para detecção de casos novos de hanseníase devem ser vistas como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho e que agrega grandes contribuições para melhoria dos coeficientes da doença. Em um estudo realizado no município de Buriticupu, estado do Maranhão, os autores identificaram que a busca ativa de casos novos é de extrema importância para o diagnóstico precoce da doença (SILVA ET AL., 2010).

A baixa taxa de capacitação profissional no município de Canaã dos Carajás é um fator preocupante no que se refere a prestação de assistência em hanseníase. Observou-se que o município ofereceu, no último ano, treinamento apenas para os profissionais de nível superior, não atendendo às demandas de outros profissionais como técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Um estudo realizado em Minas Gerais identificou também uma baixa taxa de treinamentos e capacitações ofertadas aos profissionais que atuam no atendimento da hanseníase nas unidades de APS. Diante de tal fato, a autora sugere a adoção de mecanismo de qualificação a distância e consultorias por parte de municípios que não possuem profissionais capacitados para ministrar tais treinamentos (LANZA, 2014).

O uso de recursos financeiros municipais como contrapartida para a aquisição de insumos e outros materiais para a manutenção do programa municipal de controle da hanseníase é uma ação prevista e rotineira que, teoricamente, deve existir em todos os municípios brasileiros, tendo em vista o caráter tripartite de financiamento da saúde, assegurado por intermédio de lei federal (BRASIL, 1990).

A falta de uma programação orçamentária e financeira específica para a hanseníase, no contexto da lei orçamentaria anual, não deve prejudicar o desenvolvimento das ações específicas para esse agravo, uma vez que o próprio MS determina os repasses financeiros alocados em blocos de financiamento, em que a hanseníase e outras doenças transmissíveis pertencem ao conjunto das ações e financiamento do bloco de vigilância em saúde (BRASIL, 2016).

O serviço de saúde usa o cartão de aprazamento das consultas, inclusive para as referências para o serviço especializado, conforme preconiza a Portaria MS nº 149/2016 (BRASIL 2016).

A busca ativa de pacientes faltosos no programa de hanseníase e de contatos domiciliares é de extrema importância para o resgate da demanda que não compareceu a unidade de saúde e requer assistência profissional. Canaã dos Carajás possui ações inovadoras como o fornecimento de combustível para os profissionais das unidades de saúde realizarem tais visitas em seu próprio veículo, caso não optem por usar o veículo disponibilizado pelo serviço.



Um estudo realizado em Goiás identificou que entre os motivos para o não comparecimento à unidade de saúde na data agendada está a não informação sobre o agendamento realizado e a distância da residência até o serviço de saúde limitando o acesso do usuário (FARIA ET AL., 2013).

O uso de protocolos municipais e fluxogramas de atendimento no programa de hanseníase é de extrema importância para unificação da assistência prestada ao paciente, dentro de um contexto de equidade, regionalização e valorização da singularização das características locais, bem como de seus condicionantes e determinantes. O protocolo deve ser visto como um instrumento técnico de orientação profissional e do processo de trabalho, por meio do direcionamento das atividades a serem desempenhadas dentro das atribuições profissionais de cada categoria dentro do serviço de saúde, com o objetivo de garantir melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário (COREN-MG, 2012).

Referente ao uso de materiais educativos como folder e cartaz, percebeu-se que a maioria das unidades de saúde faz uso de tais recursos informativos e educativos. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro sobre o uso de recursos para comunicação, os autores concluíram que tais materiais educativos favorecem a compreensão de aspectos clínicos, psicológicos e socioculturais sobre a hanseníase, potencializando o diálogo entre os grupos (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

O município dispõe de um kit com os materiais necessários à realização do diagnóstico da hanseníase comportando: tubo de ensaio, estesiômetro, fio dental sem sabor, alfinetes e algodão. Todos esses materiais são utilizados para avaliar o grau de incapacidade e a ausência ou diminuição de sensibilidade, conforme disposto pelo MS (BRASIL, 2016).

Quanto à realização do teste de acuidade visual no diagnóstico, a maioria das unidades de saúde (75%) não realiza tal teste por falta de material na unidade de saúde e por falta também de um espaço adequado para

tal procedimento. Em uma avaliação realizada em um centro de referência nacional para hanseníase, identificou-se que houve aumento no número de deficiências ou incapacidades oculares comparados no momento do diagnóstico e na alta por cura respectivamente. Os autores afirmam que tal fato se torna recorrente devido ao pequeno número de serviços em que a avaliação ocular faz parte da rotina de controle dos pacientes portadores de hanseníase (KIL ET AL., 2010).

Referente ao armazenamento da Poliquimioterapia (PQT) para hanseníase, identificou-se que apenas 50% das unidades de saúde possuem armazenamento das medicações no próprio estabelecimento, enquanto as demais unidades fazem a solicitação mediante o diagnóstico do paciente. Vale atentar para o fato de que o armazenamento da medicação na própria unidade favorece a dispensação imediata, sem atrasos no início da PQT e sem riscos de perda do paciente ou ausência caso ocorra agendamento para dispensação da medicação para o próximo dia.

O MS define que o uso do cartão de aprazamento ou agendamento de consultas é de extrema importância para o registro da data de retorno ao serviço de saúde, servindo como ferramenta para monitorar a adesão do paciente ao tratamento. Em Canaã dos Carajás, todas as unidades participantes da pesquisa fazem uso de tal dispositivo no programa de hanseníase (BRASIL, 2016).

Os corticosteroides, neste caso a prednisona, trazem grandes benefícios ao estado de saúde do usuário, porém seus efeitos colaterais devem ser monitorados perante o risco de comorbidades, agravamento de doenças preexistentes e desencadeamento de efeitos danosos. Observou-se que as unidades de saúde de Canaã dos Carajás, que participaram da pesquisa, não possuem uma padronização para o monitoramento de ações implantadas no paciente em uso desse medicamento, sendo que a maioria das unidades realiza somente o peso e a pressão arterial, sendo esporádico o monitoramento da

glicemia e os cuidados com estrogiloidíase e osteoporose, conforme preconização do MS (BRASIL, 2016; RIO DE JANEIRO, 2010).

Observou-se que as unidades de saúde não estão preparadas para atender ou dar o encaminhamento necessário aos casos de neurite associada, sendo que nenhuma das unidades pesquisada orienta o repouso do membro por meio de imobilização com tala gessada (BRASIL, 2016).

Identificou-se que a maioria das unidades de saúde do município pesquisado faz uso da baciloscopia e da histopatologia como recursos auxiliares no diagnóstico da hanseníase, sendo tal serviço oferecido gratuitamente aos usuários que necessitam. Para Obardia, Veraldino e Alves (2011), tais exames são úteis no diagnóstico classificatório da doença em situações em que o diagnóstico clínico suscitou dúvidas, porém não devem ser considerados como exames de escolha para o diagnóstico da doença, devendo as características clínicas prevalecerem sempre.

O atendimento à saúde bucal dos pacientes de hanseníase está presente na maioria das unidades de saúde que participaram do estudo (75%). Isso demonstra comprometimento com a integralidade da assistência em saúde prestada ao usuário desse programa. Um estudo sobre a autopercepção sobre saúde bucal com pacientes de hanseníase demonstrou que é de extrema importância o desenvolvimento de programas que promovam a saúde bucal em hanseníase uma vez que infecções odontológicas podem causar reações hansênicas, agravando assim os sintomas da doença (ALMEIDA ET AL, 2013).

O prontuário completo e organizado é de extrema importância para situar os diversos profissionais que fazem atendimento ao usuário de hanseníase sobre todas as situações, condutas e assistência prestada. O prontuário com anotações adequadas e os anexos inerentes ao estado de saúde do paciente facilitam o acesso ao histórico daquele usuário, permitindo ao profissional consultar outras intervenções já adotadas e

assim planejar melhor sua conduta diante do problema atual (PASCHOAL ET AL., 2011).

A ausência de vacina BCG nas unidades da rede de atenção primária é um fator agravante que precisa ser solucionado a fim de melhorar o atendimento aos contatos dos pacientes de hanseníase. O que se observa é que tal problema não é restrito a Canaã dos Carajás e que vários municípios do País estão com falta desse imunobiológico em sua rede de frios, sendo necessário o agendamento de dias para realizar a vacina e até mesmo a centralização desta em apenas um local. Esse problema ocorre devido a atrasos no repasse dessa vacina ou do repasse em quantidade inferior à necessidade de estados e municípios, não sendo possível atender toda a demanda de pessoas que necessitam desse imunobiológico segundo as normas do programa municipal de imunização (CANCIA, 2015).

Quanto aos exames laboratoriais solicitados no momento do diagnóstico e em casos de reações hansênicas, observa-se que não existe uma padronização ou protocolo seguido pelas unidades de saúde, sendo que algumas solicitam todos os exames e outras solicitam parcialmente, porém sem critérios específicos para isso, demonstrando que, nesse quesito, o município não está de acordo com o que preconiza o MS (BRASIL, 2016).

A disponibilização gratuita de insumos ao usuário de hanseníase não segue o mesmo padrão em todas as unidades. Todas as unidades dispõem de soro fisiológico, mas apenas 12,5% disponibilizam colírio para reposição de lágrimas. O ideal seria a oferta dos insumos necessário ao atendimento do paciente em todas as unidades de saúde do município, conforme a demanda de cada serviço. A oferta de insumos e materiais ao usuário do serviço, mesmo que este não esteja previsto no elenco de medicamentos básicos, é de responsabilidade das unidades de saúde, por meio de disponibilização pelo setor específico, favorecendo, assim, o exercício da integralidade da atenção e do serviço em questão (SÃO PAULO, 2013; RIO DE JANEIRO, 2010).

O fato de nenhuma unidade de saúde ficar aberta após as 18h, no horário de almoço ou no sábado ou domingo não prejudica diretamente o desenvolvimento das ações de hanseníase, mas dificulta o acesso dos usuários que trabalham em turnos, como é o caso da maioria dos trabalhadores do município em decorrência dos horários estabelecidos pelas empresas de mineração e suas prestadoras de serviço. Tal fato requer que, nestes casos de trabalho em regime de escala ou turnos, o usuário necessite faltar ao serviço para ser atendido na unidade de saúde.

Um estudo realizado no município de João Pessoa (PB), com o objetivo de analisar o impacto da ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde para o turno noturno, identificou uma melhora significativa da procura pelo serviço principalmente da clientela de trabalhadores masculinos. Tais resultados apontam para uma potencial eficácia da criação de horários alternativos para o atendimento principalmente de trabalhadores que não podem procurar o serviço de saúde nos horários padrões de funcionamento (CORDEIRO ET AL., 2014).

No que se refere aos pontos fortes e pontos fracos do programa de hanseníase do município, segundo a opinião do gestor do sistema de saúde, observa-se que as forças estão mais relacionadas com a gestão de pessoas e orçamentária e que as fraquezas estão relacionadas com as dificuldades impostas pelo meio.

Quanto à mobilidade populacional, destacada como ponto fraco do programa em questão, um estudo realizado em Mato Grosso identificou uma associação entre a evolução e aumento no número de casos de hanseníase e o processo de ocupação do território. A autora destaca ainda que a migração explicaria a instalação e evolução da hanseníase, porém a manutenção dela estaria relacionada com determinantes e condicionantes fornecidos pelo meio, como o aumento de desmatamento e a expansão do extrativismo e da agropecuária (MAGALHÃES ET AL., 2011).

Este estudo possui como limitações

o tamanho amostral utilizado, embora a amostra empregada tenha representado 92,3% do universo disponível no município. Destaca-se também a ausência de um instrumento de coleta de dados validado para a avaliação de estrutura, capaz de indicar parâmetros avaliatórios eficazes e que ultrapassem os limites atuais encontrados na subjetividade da análise realizada.

## Conclusões

Observou-se, a partir deste estudo, que o município de Canaã dos Carajás, com base na Portaria GM/MS nº 149/2016 que define as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase, possui uma estrutura que, na maioria dos itens avaliados, encontra-se classificada entre insatisfatória e regular, sendo poucos os itens avaliados que receberam classificação bom ou excelente. Foram encontradas diversas fragilidades no que tange às orientações dadas pela portaria acima citada e que precisam ser revistas no intuito de garantir melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário.

É necessário que o município em questão fomente maiores investimentos na capacitação profissional e educação permanente dos trabalhadores ligados à hanseníase a fim de que estes sintam maior segurança no atendimento ao usuário desse programa e que isto repercuta diretamente na qualidade da assistência prestada, implementando mecanismos de vigilância epidemiológica para o agravo em questão, fortalecendo o seu programa de controle, promovendo melhorias nos processos de assistência e do resultado final do programa.

Sugere-se a realização de novos estudos, com os mesmos seguimentos, porém com uma amostragem maior, a fim de que se possa comparar os resultados obtidos e, a partir destes dados, formular hipóteses para as questões encontradas e levantadas durante a avaliação. ■

## Referências

- ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 817-826, mar. 2013.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gfe\\_rd=cr&ei=IdLUVtalIfTM8AfCob2oBA#](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=IdLUVtalIfTM8AfCob2oBA#)>. Acesso em: 13 jan. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Indicadores e dados básicos Brasil: indicadores de morbidade 2012*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 4 fev. 2016. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/pdf/U\\_PT-MS-GM-149\\_030216.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/pdf/U_PT-MS-GM-149_030216.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Informe da atenção básica nº 42*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_1120\\_P.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/07_1120_P.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.
- CANCIAN, N. Falta de vacinas atinge postos de saúde de ao menos seis estados. *Folha de S. Paulo*, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/03/1604398-falta-de-vacinas-atinge-postos-de-saude-de-ao-menos-seis-estados.shtml>>. Acesso em: 2 fev. 2016.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: Coren-MG, 2012. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gfe\\_rd=cr&ei=IdLUVtalIfTM8AfCob2oBA#](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=IdLUVtalIfTM8AfCob2oBA#)>. Acesso em: 31 jan. 2016.
- CORDEIRO, S. V. L. *et al.* Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 644-649, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400644&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400644&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 fev. 2016.
- COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014.
- DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. v. 1. Michigan: Health Administration Press, 1980.
- FARIA, D. R. *et al.* Avaliação de Contatos de Hanseníase. *Revista Panorâmica On-Line*. Barra do Garças, v. 14, p. 35-46, jul. 2013.
- FERREIRA, F. X. *Análise da implantação do programa de eliminação da hanseníase em Manaus*. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2005.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- KIL, A. K. A. *et al.* Deficiências e Incapacidades por Hanseníase: avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional do Brasil. *Hansen Int*, Bauru, v. 37, n. 1, p. 25-33, 2012.
- LANZA, F. M. *Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais*. 2014. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de

Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

LOUREIRO, L. A.; BARRETO, L. L.; MAKSUD, I. Percepções sobre a terapia ocupacional no cuidado ao paciente com hanseníase. *REFACS, Uberaba*, v. 3, sup.1, p. 134-141, 2015.

MAGALHÃES, M. C. C. *et al.* Migração e hanseníase em Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 386-97, set. 2011.

OBARDIA, D. L. L.; VERARDINO, G.; ALVES, M. F. G. S. Hanseníase: correlação clínico-histopatológica. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 10, n. 1, p. 20-23, jan./mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_global\\_aprimorada\\_reducao\\_hanseníase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseníase.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

PASCHOAL, V. D. A. *et al.* Criação de banco de dados para sustentação da pós-eliminação em hanseníase. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1201-1210, 2011.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. *Linha*

*de Cuidado da Hanseníase*. Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/487.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SANTOS, A. K.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. Hansen's disease and communication practices: study on the reception of educational materials at a healthcare clinic in Rio de Janeiro. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 205-218, jan./mar. 2012.

SÃO PAULO (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo para o atendimento nas unidades de referência para hanseníase*. São Paulo, 2013. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/protocolo\\_hanseníase\\_2013\\_final\\_1380575286.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/protocolo_hanseníase_2013_final_1380575286.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2016.

SARNO, E. N. A hanseníase no laboratório. *História, Ciência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 277-290, 2003.

SILVA, A. R. *et al.* Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 43, n. 6, p. 691-694, nov./dez. 2010.

---

Recebido para publicação em março de 2016  
Versão final em agosto de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Centro de Trauma: modelo alternativo de atendimento às causas externas no estado do Rio de Janeiro

*Trauma Center: alternative model of trauma care in the state of Rio de Janeiro*

Elvis da Silva Silveira<sup>1</sup>, Gisele O'Dwyer<sup>2</sup>

**RESUMO** O trabalho objetivou analisar o Centro de Trauma de um hospital estadual do Rio de Janeiro. Observou-se o serviço e analisaram-se indicadores: critérios de elegibilidade; cumprimento de rotinas de atendimento estabelecidas; número e causa de atendimentos; e tempo de permanência. O atendimento cumpriu os protocolos preconizados. O tempo médio de internação foi 11,4 dias, semelhante ao da rede, apesar da maior complexidade. Dos atendimentos, 79,6% foram originários do ambiente pré-hospitalar e 54,97% foram de acidentes de trânsito. A mortalidade foi de 4,5%. O Centro de Trauma obteve resultado considerado satisfatório nas análises. Espera-se que a experiência contribua para a construção de uma política estadual de atenção ao trauma.

**PALAVRAS-CHAVE** Medicina de emergência. Causas externas. Ferimentos e lesões. Centros de traumatologia. Avaliação.

**ABSTRACT** *The objective was to evaluate the Trauma Center of a public hospital in the state of Rio de Janeiro. As methodology the service was observed and indicators were analyzed, including: eligibility criteria; established procedures of service; number and causes of care; and length of stay. The service met the recommended protocols. The mean hospital stay was 11.4 days, similar to the rest of the network, despite the highly complex profile. Seventy-nine percent of the patients were from the prehospital setting and 54.97% were from traffic accidents. The mortality was 4.5%. The Trauma Center fulfilled goals and it is expected that the experience from this center will contribute to the construction of a state policy for trauma care.*

**KEYWORDS** *Emergency medicine. External causes. Wounds and injuries. Traumas center. Evaluation.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
elvis.silveira@live.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
odwyer@ensp.fiocruz.br



## Introdução

A morte e invalidez decorrente de acidentes são uma epidemia negligenciada da sociedade moderna e a principal causa de morte na primeira metade da vida (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1966). O cenário atual é semelhante. Os acidentes e a violência formam o grupo das causas externas e são responsáveis, anualmente, por 5,8 milhões de mortes em todo o mundo, 32% a mais que a soma das mortes por malária, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e tuberculose (ONU, 2014). Para cada milhão de pessoas que morre todo ano, outros milhares ficam incapacitados temporária ou definitivamente.

Os impactos gerados pelas causas externas têm repercussão em diversos setores da sociedade, mas é o setor saúde que recebe seu maior impacto, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de emergência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (MELLO-JORGE; KOIZUMI; TONO, 2008).

Ao longo das últimas décadas o Brasil vem passando por um processo de transição epidemiológica com a modificação nos padrões de morte, morbidade e invalidez da população. O País ainda mantém altas taxas de mortes e sequelas por causas externas gerando um grave problema de saúde pública e pode-se afirmar que houve uma grande demora em identificar que essa situação necessitaria de uma atenção sistêmica específica (BRASIL, 2001).

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de mortes e 12,5% do total de mortes por todas as causas. Na faixa etária entre 01 e 39 anos, as causas externas representam a primeira causa de morte, com uma taxa de mortalidade de 70,5 casos por 100 mil habitantes, onde o sexo masculino representa 83,1% de todos os óbitos (BRASIL, 2011). Somos o quinto país no mundo em mortes provocadas pelo trânsito, com 28% destas envolvendo motocicletas (BRASIL, 2015).

Dados de 2011, do Sistema de Informações

sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), chamam a atenção também para a alta taxa de mortalidade por causas externas entre os idosos, com um valor de 118,9 óbitos por 100 mil habitantes, o que pode ser explicado pela maior vulnerabilidade física dessa população.

Mas, nada causa tanto impacto como os homicídios, a primeira causa de morte dentre todas as causas externas. Só em 2011, segundo dados do SIM/MS, foram 51.724 óbitos por esta causa. Por dia aproximadamente 142 pessoas morrem no Brasil vítimas de homicídio, um assassinato a cada dez minutos. Nos últimos 20 anos, os homicídios no Brasil tiveram crescimento proporcional de mais de 200%, cerca de 70% deles foram cometidos com armas de fogo cujo uso aumentou intensamente nesse período (BRASIL, 2005). A faixa entre 20 a 24 anos de idade lidera os índices de mortes por homicídios, revelando nesse ponto seu traço mais devastador, a subtração precoce de uma população recém iniciada na vida adulta.

Além do alto custo econômico e social gerado pela mortalidade, o Brasil ainda acumula perdas incalculáveis com a morbidade gerada pelas causas externas. Entre os jovens, para cada homicídio há 20 a 40 vítimas de violência juvenil não fatal recebendo tratamento (SOUZA, 2005).

Em 2011, em consonância com a nova política de Redes de Atenção à Saúde, é editada a política de Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011), uma atualização da Política Nacional de Urgência e Emergência de 2003. A nova política de urgência define os componentes da rede de urgência que necessitam estar integrados, mas não se detém nas estratégias especiais para tipos específicos de atendimento.

Em 2013, políticas específicas de atenção as causas externas começaram a se concretizar a partir da publicação de duas portarias do Ministério da Saúde, a primeira instituindo a linha de cuidado ao trauma na rede de atenção às urgências (BRASIL, 2013A) e a segunda



estabelecendo a organização dos Centros de Trauma (BRASIL, 2013B). Colocar as urgências de natureza clínica e traumática em um mesmo cenário ainda é comum no País, haja visto a organização das emergências das unidades hospitalares onde geralmente casos clínicos e traumas dividem o mesmo espaço.

O estado do Rio de Janeiro, possui uma grande concentração de unidades hospitalares, sobretudo no município do Rio, herança do período em que a cidade era capital do País. Somente na região metropolitana são aproximadamente vinte e um hospitais de urgência pertencentes à União, estado e municípios, sendo que destes, sete estão sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Apesar dessa rede robusta, ainda são muitos os problemas enfrentados, com destaque para a dificuldade de integração entre as unidades, sobretudo de diferentes níveis de governo.

Em linhas gerais, o modelo de atenção às causas externas adotado no estado do Rio de Janeiro ao longo dos últimos anos seguiu o padrão nacional, ou seja, uma rede formada por hospitais gerais com emergências 24h atendendo demanda espontânea e referenciada, tanto clínicas como cirúrgicas. Nessas unidades, em geral, são recebidos todos os tipos de casos, desde traumas leves até pacientes politraumatizados graves.

Recente pesquisa em um hospital terciário referência para trauma, que atende indistintamente traumas e urgências atribuíveis à atenção primária, demonstrou dificuldades operacionais para uma atenção de qualidade (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

Uma medida de atenção às causas externas adotada foi a criação dos chamados Centros de Trauma. O modelo proposto pela SES/RJ baseou-se no modelo norte-americano e foi implantado a partir de trocas de experiências entre a SES/RJ e os Centros de Trauma de Baltimore e Miami. A inauguração da primeira unidade deste tipo no estado ocorreu em junho de 2013, em um dos hospitais de urgência pertencentes à SES/RJ.

O modelo americano de Centro de Trauma (CT) guarda algumas características próprias, dentre elas, a destinação ao atendimento somente de vítimas de causas externas com traumas graves, seleção por parte dos serviços pré-hospitalares das vítimas a partir de critérios de elegibilidade pré-estabelecidos, o contato prévio das equipes pré-hospitalares avisando sobre a chegada do paciente, a formação dos chamados 'times de trauma' destinado ao primeiro atendimento do paciente na unidade, entre outros (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2006).

Experiências nos EUA e também em outros países apontam como positiva a estratégia de atendimento a pacientes vítimas de causas externas baseada em modelos de CT, mas ressaltam que não só o CT e sim um sistema regional de trauma precisa ser criado. Em média somente 15% das vítimas de causas externas precisam ser atendidas em Centros de Trauma nível I (FRAGA, 2007), o mais alto dos quatro níveis preconizados pela Colégio Americano de Cirurgiões (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2006). Estudo comparando resultados de pacientes gravemente feridos tratados em sistemas com Centros de Trauma apontou uma redução na mortalidade dessas vítimas (CELISO ET AL., 2007; VICKERS ET AL., 2015).

Segundo Fraga (2007), a redução dos óbitos evitáveis chega a 50% no caso desses pacientes. Esses dados aliados a grande casuística de lesões por causas externas no estado justificou a adoção desse modelo pela SES/RJ (SES/RJ, 2012).

Mais do que a mudança da estrutura física e de conformação de equipe das unidades de urgência, o projeto da SES/RJ de criação de Centros de Trauma visa mudar os processos de trabalho e alterar a lógica de atendimento ao paciente vítima de causas externas nas portas de entrada dos hospitais de urgência, aumentando a integração entre pré e intra-hospitalar (SES/RJ, 2012).

Justifica-se a escolha do estado já que há exigências estruturais para implementação

dessas unidades como existência de hospitais de grande porte e disponibilidade de leitos de Centros de Terapia Intensiva (CTI) (PESSÔA ET AL., 2016).

Diante deste projeto inovador da SES-RJ e de toda o impacto que o atendimento aos pacientes vítimas de causas externas causam para o sistema de saúde, esta pesquisa teve por objetivo analisar os resultados do primeiro CT implantado pela SES/RJ em relação ao perfil de atendimento, desempenho e forma de funcionamento preconizado tanto pela SES/RJ quanto pela literatura para este tipo de unidade. À época da pesquisa a SES/RJ já havia inaugurado outro CT e havia projeto para inauguração de outras unidades desse tipo, porém, optou-se pelo primeiro CT levando-se em consideração o seu tempo de implantação.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de caso realizado a partir de observação sistemática e coleta de dados do CT de um Hospital Estadual do Rio de Janeiro, além de extensa análise documental da SES incluindo portarias e relatórios de gestão (YIN, 2010). Foram inclusos na pesquisa todos os atendimentos por causas externas ocorridos no CT no período de junho de 2013 a setembro de 2014, totalizando 1.942 atendimentos.

A fase de observação ocorreu em dias e horários diversos durante os meses de março, abril e maio de 2015 onde foram acompanhados os procedimentos e o padrão de funcionamento do CT. Essa fase objetivou verificar se os procedimentos estabelecidos pela SES/RJ para o funcionamento do CT estavam sendo seguidos, bem como, fazer uma correlação entre os padrões internacionais estabelecidos para o funcionamento deste tipo de unidade e o padrão adotado no CT. Foram observados os critérios de elegibilidade, contato prévio das equipes para encaminhamento

do paciente, conformação das equipes e padrão de atendimento inicial.

Os dados foram obtidos através de acesso ao sistema informatizado de registro de atendimentos e de outros registros da própria unidade. Esses dados foram tabulados transformando-se em indicadores assistenciais sofrendo posterior análise. Foram analisados indicadores como número de atendimentos, faixa etária e origem dos pacientes, causa dos atendimentos, tempo média de permanência entre outros. Os resultados foram confrontados com as metas estabelecidas pela SES/RJ e com os dados epidemiológicos que surgiram a partir do levantamento bibliográfico sobre o tema. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Ensp/Fiocruz, sob o número CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 40152514.7.0000.5240.

## Resultados e discussão

Localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, o CT possui área construída de 932,36 m<sup>2</sup> composto pelas seguintes estruturas: sala de estabilização de trauma com 04 leitos; sala de imagens com tomografia computadorizada; centro cirúrgico com três salas de operação; recuperação pós-anestésica com 05 leitos; farmácia satélite e ainda vestiários masculino e feminino; área administrativa, guarda de equipamentos e estar das equipes; recepção e espaço de espera das famílias (SES/RJ, 2012).

Sua conformação permite às equipes prestarem cuidados imediatos de alta complexidade a pacientes vítimas de traumas graves, dentre eles estabilização, exames laboratoriais e de imagem e cirurgias, sem que necessariamente o paciente precise ser deslocado para outras áreas do hospital, agilizando o atendimento dentro da chamada 'hora de ouro', conforme preconizado pela literatura (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2012).

A inauguração do CT não determinou o

fechamento do setor de emergência que já havia no hospital. Desta forma, a unidade passou a contar com duas portas de entrada, uma para atendimento às urgências e emergências clínicas e traumáticas de menor complexidade e o CT destinado exclusivamente aos casos de trauma grave com acesso somente a pacientes trazidos pelo serviço pré-hospitalar móvel ou transferidos de outras unidades hospitalares de menor complexidade.

O CT não se configura em uma unidade de internação, desta forma, os pacientes após o atendimento inicial, com as medidas necessárias que cada caso requeira, são transferidos internamente para os leitos de retaguarda de terapia intensiva ou enfermaria, conforme necessidade.

Com o intuito de qualificar a seleção de pacientes vítimas de causas externas com trauma grave, a SES/RJ adotou os chamados ‘Critérios de Elegibilidade’ que são atualmente muito próximos aos critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2006). Esses critérios servem como parâmetro para os serviços pré-hospitalares e para as unidades hospitalares de menor porte selecionarem pacientes.

Apesar dos critérios preconizados pela SES/RJ para atendimento no CT foi constatado que ocorreram atendimentos a pacientes que não cumpriam esses critérios, em geral, pacientes acometidos por traumas leves. Como esses atendimentos eram uma exceção à regra, ocorrendo de maneira eventual, não foram totalizados nesse estudo.

Outro componente importante do CT é o contato prévio. Nesse contato são passadas informações como tipo do evento, estado da vítima, principais lesões e previsão de chegada. Essas informações prévias permitem à equipe se preparar para o atendimento, como acontece nos CT norte-americanos.

Durante a pesquisa observou-se que as equipes do pré-hospitalar ou de outras unidades de saúde faziam contato diretamente

com o CT, passando o caso. Houve a ocorrência de chegada de pacientes sem aviso prévio, mas como uma exceção à regra. Todos os casos de chegada sem aviso prévio ocorreram no atendimento de pacientes levados por equipes de atendimento pré-hospitalar.

Em relação ao atendimento, o CT trabalha com o conceito de time trauma, com atuação simultânea de vários profissionais no atendimento à vítima, respeitando suas respectivas posições e funções. A função de cada membro do time, bem como seu posicionamento durante o atendimento, encontra-se descrita no ‘Manual de implantação do Centro de Trauma’ (SES/RJ, 2012).

Segundo o manual, o time de atendimento deve ser composto pelos seguintes profissionais: 01 Médico Cirurgião líder, 01 Enfermeiro líder, 01 Médico Anestesiologista, 02 Médicos Cirurgiões, 01 Enfermeiro e 01 Técnico de Enfermagem

O atendimento ao paciente se inicia com o posicionamento do mesmo em um dos boxes da sala de estabilização. A equipe deve se posicionar em torno do paciente enquanto os líderes, cirurgião e enfermeiro, supervisionam e orientam a equipe. A liderança deve ser exercida pelos profissionais mais experientes do time. Uma linha preta no chão da sala de estabilização separa o espaço físico entre os boxes de atendimento e a área comum. Somente os profissionais do time de atendimento podem ultrapassar a linha preta para dentro do box onde encontra-se o paciente.

Durante o período de observação, foi verificada a atuação do time de trauma conforme preconizado, independentemente do tipo de lesão apresentada pelo paciente ou da origem, se pré-hospitalar ou de outra unidade de saúde. Na ocorrência de atendimento simultâneo de mais de uma vítima, os líderes precisaram abandonar essa função e atuar no atendimento direto à vítima. Contudo, foi esclarecido que essa é uma conduta regular e prevista para essas situações. Após o atendimento inicial, sempre

realizado pelo time de trauma, outros especialistas necessários para o atendimento são acionados via rádio, entre eles, ortopedista, neurocirurgião, cirurgião vascular, cirurgião bucomaxilofacial, entre outro.

Apesar de algumas divergências ocorridas entre o padrão de funcionamento e procedimentos preconizados para o CT terem sido observadas durante a pesquisa, essas sempre apareceram como eventuais. Mesmo em unidades de alto padrão, como é o caso, há necessidade constante de acompanhamento dos processos de trabalho.

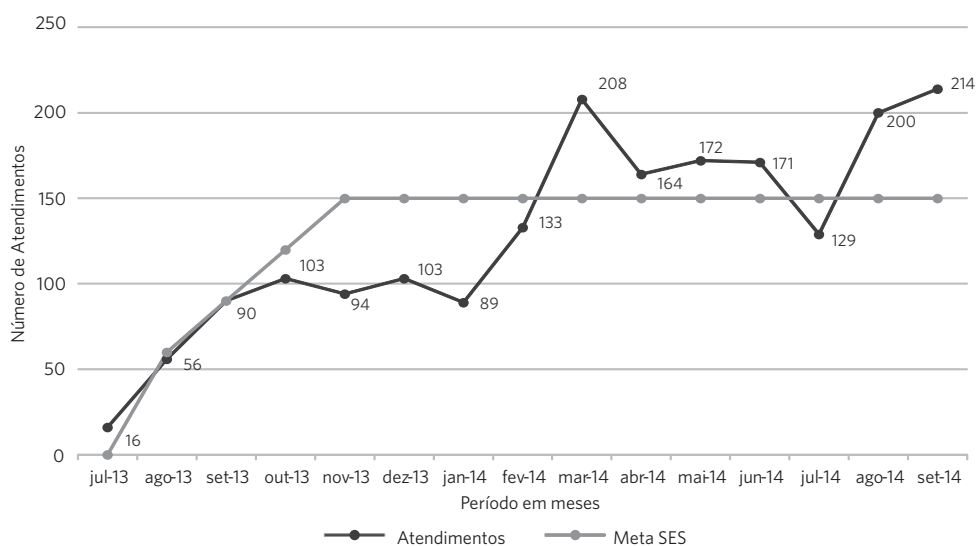
No que diz respeito aos indicadores assistenciais, o CT, segundo definido pela SES/RJ, em relação a sua abrangência, destina-se a atender primariamente à região conhecida como Metropolitana II, composta por sete municípios somando cerca de dois milhões de habitantes (IBGE, 2015). Todavia, atende também pacientes oriundos de outras unidades hospitalares e pacientes trazidos por helicóptero de qualquer região do estado. Conforme descrito em norma, todo CT como elemento integrante da rede de urgência e emergência deve ter sua área de atuação definida pelas características sócio-demográficas de cada região e servir de referência para os serviços pré-hospitalar móvel e unidade hospitalares de menor complexidade (BRASIL, 2013A).

A pesquisa mostrou que a ampla maioria

dos pacientes atendidos no CT, 67,4%, eram oriundos de São Gonçalo, município com aproximadamente metade da população da região metropolitana II e onde está localizado o CT. Apenas 7% dos atendimentos eram de pacientes fora da área de abrangência. Do total de atendimentos, 79,6%, foram originários do ambiente pré-hospitalar, destes, 54,2% foram trazidos por ambulâncias do Corpo de Bombeiros e os demais por outras agentes como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), concessionárias, helicóptero de resgate, entre outros. O restante, 20,4%, foi transferido de outras unidades hospitalares.

O planejamento da SES/RJ para o CT previu uma média mensal de atendimentos de 150 pacientes por mês. Como a unidade recebe somente pacientes do ambiente pré-hospitalar ou de outros hospitais que se enquadrem nos critérios de elegibilidade, a interação entre esses componentes deve ser regular, a fim de atender à demanda planejada. O CT necessita que o paciente seja corretamente selecionado e rapidamente removido para a unidade, tendo em vista a especificidade do paciente e gravidade das lesões. O *gráfico 1*, a seguir, demonstra a evolução do número de atendimentos do CT ao longo dos anos de 2013 e 2014.

Gráfico 1. Evolução da quantidade de atendimentos do Centro de Trauma. Período: jul./2013 a set./2014



Pode-se constatar que a partir do quarto mês do seu funcionamento, o CT não mais acompanhou a curva de crescimento dos atendimentos preconizado pela SES/RJ, estacionando seu número próximo a 100 atendimentos/mês. Somente a partir do nono mês de funcionamento a unidade ultrapassou a meta estabelecida. Inicialmente o CT utilizava critérios de elegibilidade mais restritivos

que acabaram, após análise da evolução dos atendimentos, sendo modificados, visando não somente aumentar o número de atendimentos, visto que a capacidade instalada da unidade permitia tal aumento, mas também aproximar-se mais de critérios utilizados internacionalmente para esse tipo de atendimento, em especial o preconizado pelo Colégio Americano de Cirurgiões.

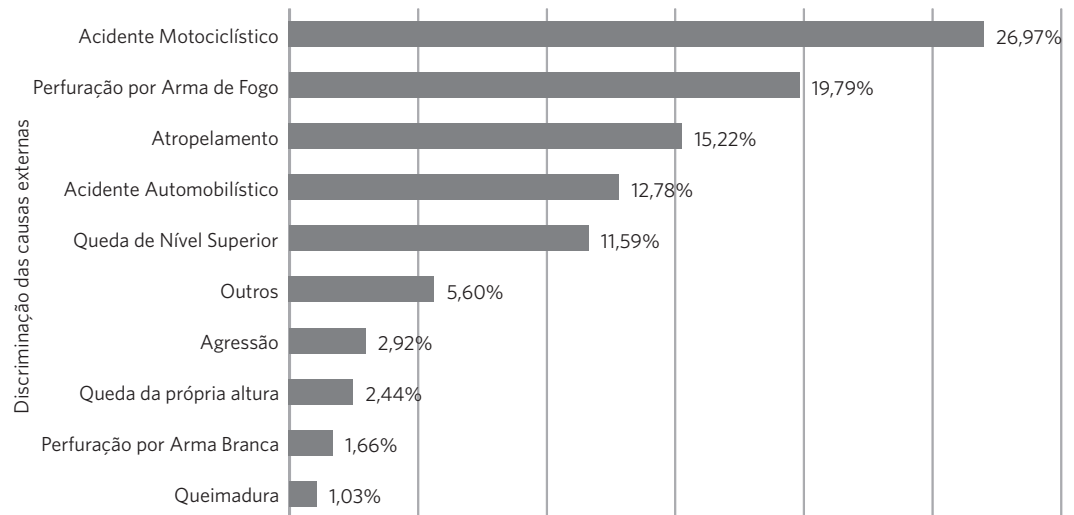
Quadro 1. Critérios de elegibilidade

Critérios de elegibilidade até jan./2014	Critérios de elegibilidade a partir de fev./2014
Escala de Coma de Glasgow < 09	Escala de Coma de Glasgow < 14
Frequência Respiratória < 10 ou > 30 incursões por minuto nos pacientes adultos e < 10 incursões por minuto nos pacientes pediátricos; ou uso de qualquer dispositivo auxiliar para manutenção de vias aéreas	Frequência Respiratória < 10 ou > 30 incursões por minuto nos pacientes adultos e < 10 incursões por minuto nos pacientes pediátricos; ou uso de qualquer dispositivo auxiliar para manutenção de vias aéreas
Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg em adultos ou <70 mmHg em crianças	Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg em adultos ou <70 mmHg em crianças
Ferida penetrante de crânio, pescoço, tórax ou abdome	Ferida penetrante de crânio, pescoço, tórax ou abdome
Instabilidade pélvica	Instabilidade pélvica
	Tórax instável
	Duas ou mais fraturas de ossos longos
	Esmagamento ou desenlramento de extremidades
	Amputação de membros
	Trauma raquimedular

Houve também um esforço da SES/RJ em divulgar o serviço na região entre os gestores da rede local e também de outras regiões, o que foi comprovado durante a pesquisa acessando atas de reuniões.

Em relação à causa, a pesquisa evidenciou que os atendimentos foram exclusivos de pacientes vítimas de causas externas, conforme preconizado pela SES/RJ e literatura e demonstrado no *gráfico 2* a seguir.

Gráfico 2. Distribuição percentual dos atendimentos do Centro de Trauma segundo causa. Período: jul./2013 a set./2014. N=1.268 atendimentos



Da análise evidencia-se a grande prevalência de acidentes de trânsito, onde somados os atendimentos por acidentes motociclísticos, atropelamentos e acidentes automobilísticos obtém-se o percentual de 54,97% dos atendimentos. Nestes, os atendimentos de pacientes vítimas de acidentes com motocicletas representam quase a metade dos atendimentos. Esses dados são compatíveis com a literatura onde os acidentes de trânsito figuram como a principal causa de morbidade entre as causas externas, tendo os acidentes com motocicletas como protagonistas.

Chama a atenção também a violência interpessoal, aqui representada pelas agressões, perfurações por arma branca e perfurações por arma de fogo, esta última figurando como o principal meio da violência interpessoal. Essas causas juntas representam 24,37% de todos os atendimentos, o

que demonstra o perfil altamente violento da região. O Brasil, juntamente com o México, são uns dos poucos países das américas onde os homicídios são a principal causa mortis entre as causas externas (BIROLINI, 2001). Como no CT há alta prevalência de atendimentos por acidentes de trânsito, pode-se concluir que a maioria dos óbitos por homicídios acaba ocorrendo ainda no ambiente pré-hospitalar, ou seja, boa parte dessas vítimas não tem sequer a chance de serem salvas após a ocorrência da agressão.

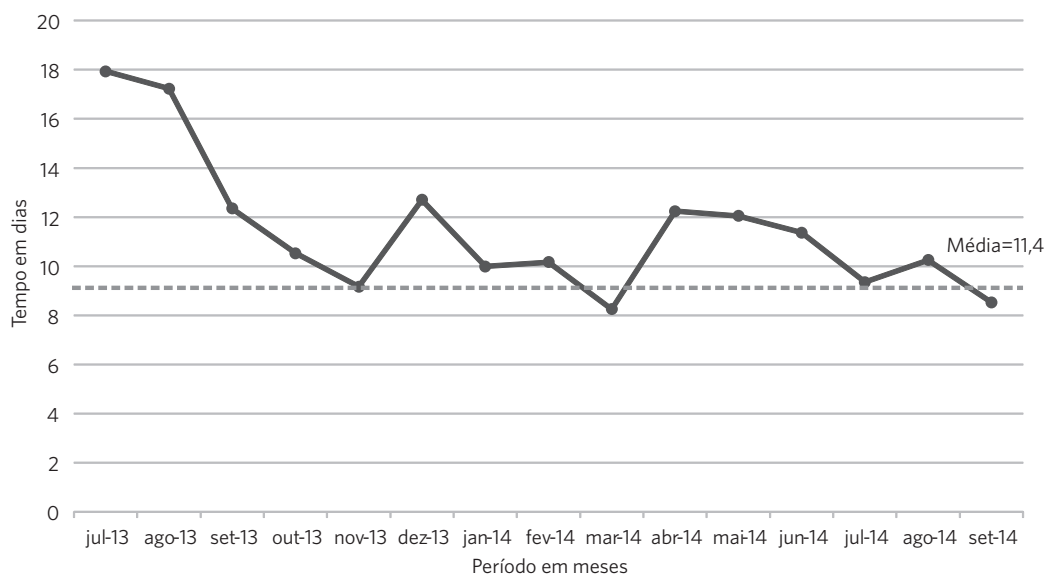
Já as quedas, principalmente quedas da própria altura, não apareceram com valores significativos entre os atendimentos do CT, apesar de serem a principal causa de internação por causas externas nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo de pacientes idosos. Talvez porque as lesões provocadas pela maioria das quedas

da própria altura, aqui com destaque para as fraturas unilaterais de fêmur, não figurem entre os critérios de elegibilidade, diferente do preconizado pela Colégio Americano de Cirurgiões que leva em consideração os extremos de idade, ou seja, crianças e idosos, como critério de eleição ao atendimento em um CT.

Em relação ao perfil dos pacientes, os dados apresentados assemelham-se aos dados epidemiológicos sobre causas externas, ou seja, preferencialmente os pacientes atendidos nesse tipo de serviço são adultos jovens do sexo masculino. No período analisado, 82% dos pacientes atendidos eram do sexo masculino, com 59,7% na faixa etária de 15 a 39 anos de idade.

O tempo médio de internação dos pacientes que acessaram o hospital através do CT ficou em 11,4 dias. Levando-se em consideração que no mesmo período o tempo médio de internação dos pacientes vítimas de causas externas nas unidades do SUS na região metropolitana II variou de 09 a 12 dias, segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), pode-se afirmar que a unidade apresentou resultados satisfatórios e coerentes com o restante da rede, mesmo atendendo um perfil de pacientes de alta complexidade. O *gráfico 3* demonstra a curva de tempo médio de internação dos pacientes atendidos no CT.

Gráfico 3. Tempo médio de permanência dos pacientes atendidos no Centro de Trauma. Período: jul./2013 a set./2014



Conforme visto no *gráfico 3*, o tempo médio de permanência do paciente atendido no CT que em julho de 2013 estava próximo de 18 dias, alcançou suas menores médias em março e setembro de 2014 com aproximadamente 08 dias de permanência, justamente nos meses em que houve um crescimento

significativo nos atendimentos do CT. O comportamento decrescente do início da curva pode ser explicado pelo aumento do número de atendimentos em função da mudança dos critérios de elegibilidade que possibilitaram a admissão de pacientes menos graves que os atendidos nos primeiros meses.



Não foi objetivo desta pesquisa analisar indicadores de óbito do CT, por acreditar-se que tal análise necessitaria considerar outros fatores, como as características do serviço e dos pacientes atendidos, sem os quais poderia haver confundimento ao realizar comparações. Pode-se citar alguns índices preditivos de mortalidade por trauma, como por exemplo ISS (Injury Severity Score) ou RTS (Revised Trauma Score). De qualquer forma, a mortalidade com menos de 24 h variou entre 4 e 4,5% no período analisado, o que, a princípio, representa um resultado favorável.

Houve coerência técnica na definição estadual de criar uma CT em uma região que estruturalmente comportava esse serviço (PESSÔA ET AL., 2016). Destaca-se a importância da negociação ocorrida entre os diversos atores envolvidos para configurar o papel do CT na rede local. O componente promoção da saúde da política de urgência, que trata do trânsito e uso de cinto de segurança, lei seca, ainda não modificou o quadro de acidentes de trânsito no local estudado.

## Conclusões

O modelo de atenção às vítimas de causas externas nas unidades da SES/RJ constitui-se hoje em modelo misto, onde coexistem duas formas distintas de atenção ao paciente vítima de trauma. Um modelo atualmente predominante, amplamente utilizado no País, baseado em hospitais gerais onde as emergências constituem a porta de entrada para todo tipo de urgência e um outro modelo destinado somente ao atendimento de uma parcela específica da população, os pacientes vítimas de trauma grave. Não foi objetivo deste trabalho fazer uma comparação entre esses dois modelos, contudo, pode-se afirmar que o modelo de CT traz à tona uma nova forma de atenção ao trauma no estado, apresentando bons resultados.

Os achados da pesquisa permitiram concluir que o CT vem cumprindo a maior parte

das metas e rotinas estabelecidas pela SES/RJ e vem desempenhando sua função principal que é atuar como uma unidade destinada a atender usuários vítimas de causas externas com risco potencial ou iminente de morte ou lesão permanente. Isso fica evidente ao se analisar os indicadores assistenciais da unidade, dentre eles o tempo médio de permanência e o perfil dos pacientes atendidos no serviço, tanto em relação à faixa etária quanto ao tipo de lesões prevalentes. Esses resultados demonstram a pertinência do projeto desenvolvido pela SES/RJ. Quando avaliado sob a ótica da literatura internacional o projeto também se mostrou adequado.

Com pouco mais de dois anos de funcionamento do primeiro CT do estado e com mais de três mil pacientes atendidos, foi oportuna a publicação pela SES/RJ, de uma norma regulamentando os critérios de elegibilidade aos CT, bem como os procedimentos de acesso e funcionamento desse tipo de unidade. Essa medida serviria para consolidar esse modelo no estado e representaria a materialização legal desse método de atendimento aos pacientes de causas externas.

Cabe ressaltar que somente CT isolados possuem pouca capacidade de alterar significativamente a morbimortalidade por causas externas, já que o sucesso desse tipo de unidade está diretamente relacionado à integração com os demais serviços de atendimento às urgências, sobretudo com um sistema pré-hospitalar móvel bem estruturado. Para reprodução desse modelo em outras localidades há que se fazer um estudo prévio que leve em consideração a característica estrutural da unidade, perfil epidemiológico de cada região e custo de implantação e manutenção do projeto.

Em relação aos critérios de elegibilidade ao CT, levando-se em consideração a alta mortalidade por causas externas apresentada na faixa etária acima dos 60 anos de idade, sugere-se que os critérios sejam reavaliados e incluam os pacientes com 60 anos de idade, ou mais, vítimas de causas externas, o que poderia contribuir para a redução da

morbimortalidade nesta faixa, conforme já ocorre em centros norte-americanos.

Por fim, espera-se que a experiência acumulada pelo CT possa contribuir para a construção de uma política estadual de atenção às causas externas que integre pré e

intra-hospitalar, prevenção, assistência e reabilitação, possibilitando o aprimoramento de todos os entes envolvidos nesse processo, para que no futuro próximo haja melhor controle da epidemia produzida pela causa externa que atinge a sociedade. ■

---

## Referências

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS). *Resources for Optimal Care of the Injured Patient*. Chicago: ACS, 2006.

\_\_\_\_\_. *Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS*, Manual do Curso de Alunos. 9 ed. Chicago: ACS, 2012.

BIROLINI, D. Como Anda a Epidemia de Trauma? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 1-23, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília, DF: MS, 2005. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015*. Brasília, DF: MS, 2011. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Saúde. *Brasil é o quinto país no mundo em mortes por acidentes no trânsito*. 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/35535-brasil-e-o-quinto-pais-no-mundo-em-mortes-por-acidentes-no-transito>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 18 maio 2001.

Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=18/05/2001>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 7 jul. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 2 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.365 de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 8 jul. 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html)>. Acesso em: 2 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.366 de 8 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 8 jul. 2013b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366_08_07_2013.html)>. Acesso em: 2 mar. 2017.

- CELSO, B. *et al.* A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. *J. Trauma*, Baltimore, v. 60, n. 2, p. 371-8, 2007.
- FRAGA, G. P. Programas de Qualidade no Atendimento ao Trauma. *Revista Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 321-8, jul./set. 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, população estimada 2015*. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2015.
- MELLO-JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S.; TONO, V. L. Causas Externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para sua prevenção. *Revista Saúde*, São Paulo, p. 37-47, 2008.
- NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *Accidental Death and Disability: the neglected disease of modern society*. Washington, DC, Sept.1966.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). *Traumas matam mais que malária, tuberculose e AIDS, alerta OMS*. Disponível em: <http://www.onu.org.br/traumas-matam-mais-que-malaria-tuberculose-e-aids-alerta-oms/>. Acesso em: 26 jan. 2014.
- PESSÔA, L. R. *et al.* Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 9-19, 2016.
- SASSER, S. *et al.* *Prehospital Trauma Care Systems*. Geneva: WHO, 2005.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES/RJ). *Centro de Trauma: Manual de Implantação*. Rio de Janeiro, 2012.
- SOARES, E. P.; SCHERER, M. D. A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-26, 2015.
- SOUZA, E. R. *Impacto da Violência no Brasil e em alguns Países das Américas*. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 636-647.
- VICKERS, B. P. *et al.* Comparative study of ED mortality risk of US trauma patients treated at level I and level II vs nontrauma centers. *The American Journal of Emergency Medicine*, Philadelphia, v. 33, n. 9, p. 1158-65, 2015.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman 2010.

---

Recebido para publicação em janeiro de 2016  
 Versão final em janeiro de 2017  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo

*Mental health, alcohol and other drugs, and child and adolescent policies in the Legislative*

Daniel Adolpho Daltin Assis<sup>1</sup>, Alyne Alvarez Silva<sup>2</sup>, Ticiana Torres<sup>3</sup>

**RESUMO** Após mapeamento dos Projetos de Lei (PL) em trâmite, entre 2003 e 2016, no Congresso Nacional, apresentam-se resultados preliminares oriundos de análise dos PL relacionados com os eixos Álcool e outras Drogas e Infância e Juventude, temas que predominam nas proposições no campo da saúde mental. No período analisado, observou-se a hegemonia de projetos conservadores em ambos os eixos, pois se distanciam do Sistema Único de Saúde constitucional, em sua maioria propostos por partidos de direita. Do mesmo modo, no âmbito do poder executivo, após o afastamento da Presidenta da República, a migração de parlamentares para assumirem pastas ministeriais pode gerar impactos negativos na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

**PALAVRAS-CHAVE** Poder legislativo. Saúde mental. Criança. Adolescente. Usuários de drogas.

**ABSTRACT** *After mapping the Bills (PL) in progress between 2003 and 2016 at National Congress, we present preliminary results from the analysis of PL related to the axes Alcohol and other Drugs and Childhood and Youth, themes that predominate in the propositions in the mental health field. In the analyzed period, we observed the hegemony of conservative bills, in both axes, for they move away from the constitutional Unified Health System (SUS), mostly proposed by right-wing parties. Similarly, in the context of the Executive power, after the impeachment of the President of the Republic, the migration of parliamentarians to take ministerial portfolios can generate negative impacts on the National Policy of Mental Health, Alcohol and other Drugs.*

**KEYWORDS** *Legislative. Mental health. Child. Adolescent. Drug users.*

<sup>1</sup>Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara, Secretaria Especial de Saúde Indígena - João Pessoa (PB). Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil.  
danieladolpho@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Campina Grande (PB), Brasil.  
alvarezalyne@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
torres.tici@gmail.com

## Introdução

No âmbito dos direitos humanos, o Brasil adota, desde os anos 1980, paradigmas que emancipam várias populações do *locus* de objeto de intervenção ao de sujeito de direitos, entre elas, as crianças e adolescentes e as pessoas que fazem uso de drogas. O primeiro público é elevado ao grau de pessoa com discernimento e, por isso, com direitos garantidos no contorno denominado ‘proteção integral’, que supera a doutrina da situação irregular, pela qual a essa população reservavam-se apenas deveres disciplinares e correccionais, em contexto de direitos já violados. Já o segundo público entra em novo circuito de cuidados na medida em que, de um lado, é contemplado pela Lei nº 10.216/01, apelidada de ‘lei da Reforma Psiquiátrica’, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001A); de outro, pela Lei nº 11.343/06, conhecida como ‘nova lei de drogas’ (BRASIL, 2006A), cuja Política Nacional de Drogas, em parte homônima à de Saúde Mental, despenaliza o crime de uso de substâncias psicotrópicas (ou, conforme se alterna neste artigo, drogas), abolindo a pena privativa de liberdade. A evolução histórica das políticas de saúde mental e dos direitos de crianças e adolescentes apresenta, entre outras evidências, a superação do paradigma da tutela de loucos, usuários de drogas, crianças e adolescentes em direção ao reconhecimento desses públicos como sujeitos de direitos. Um dos pontos de clivagem entre as ações destinadas a esses públicos, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas reúne um conjunto de programas e ações que visam

reorientar o modelo de atenção psicossocial no sentido da lógica da produção de saúde e do reconhecimento da autonomia dos usuários dos serviços, no âmbito territorial-comunitário, preferencialmente, em meio extra-hospitalar. (ASSIS; SILVA, 2016, P. 170).

O tema das drogas, inclusive no âmbito da infância e adolescência, sedia o convívio entre conquistas e retrocessos constitucionais que vão desde o financiamento de estratégias privadas de atenção (vertente do cuidado) até a ampliação do controle das liberdades (vertente da responsabilização). É o que se pretende apresentar no presente artigo a partir de estudos avaliativos de políticas públicas sociais e criminais e de resultados preliminares da pesquisa Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013 – 2017), no eixo Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde (OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE, 2016). Dada a relevância histórica dos estudos e determinantes sociais que devem fundamentar a construção legislativa das políticas de saúde (BAPTISTA, 2003; FONSECA, 2008), na linha de pesquisa A Saúde Mental na Ação do Legislativo Nacional, do referido eixo, objetivou-se investigar a atuação do poder legislativo nas ações de promoção de saúde mental, de 2003 a 2016.

Como resultado preliminar, encontraram-se 223 Projetos de Lei (PL) propostos, dos quais 139<sup>1</sup> representam os campos de álcool e outras drogas (106) e de infância e adolescência (35), números que demonstram a crescente importância do tema na agenda parlamentar. Desse modo, o elevado número de PL nos dois campos citados justifica a escolha dos eixos temáticos sobre os quais sedebuçam ao longo deste artigo.

## Material e métodos

O levantamento de dados deu-se por meio do uso dos buscadores localizados na primeira página de cada portal dos sites da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. O mapeamento fora iniciado pela inserção de expressões-chave nos campos de pesquisa dos documentos. Foram as seguintes expressões utilizadas para garantir um amplo espectro de procura: ‘usuário de droga’,

<sup>1</sup> Adverte-se que a soma não resulta no total numérico apresentado em razão de dois PL terem sido identificados em ambos os eixos.

‘usuária de droga’, ‘deficiente mental’, ‘abuso de droga’, ‘saúde mental’, ‘droga’, ‘substância psicoativa’, ‘substância ilícita’, ‘álcool’, ‘cannabis’, ‘crack’, ‘viciad’, ‘dependência química’, ‘drogadição’, ‘transtorno mental’, ‘internação’, ‘internação psiquiátrica’, ‘internação compulsória’, ‘lei 10.216’, ‘psiquiatri’, ‘ECA’, ‘infância e juventude’, ‘saúde mental’, ‘adolescência’.

Após o mapeamento, o processo de análise exigiu um exercício de agrupamento dos PL de cada eixo em torno dos temas a que se referiam, resultando na sua categorização, conforme os objetivos dispostos em suas ementas, o nível de reiteração de seus motes e na quantificação deles. Agrupados por categoria, problematizaram-se seus conteúdos, em termos de suas proposições conservadoras ou progressistas, e seus impactos sobre as populações relacionadas com cada eixo, bem como analisaram-se brevemente os períodos de maior produção legislativa. Cerca de 82% dos PL, ao final da análise, mostram-se conservadores seja porque alguns reiteram a previsão legal atual, outros reclamam ação meramente punitiva, seja porque há também aqueles se propõem a reduzir o espectro de direitos humanos do próprio público a que se destina sua norma.

Analisaram-se, ainda, as iniciativas a partir das direções partidárias e o lugar dos partidos na correlação de forças institucionais. Uma via eleita de análise foi a quantificação de PL propostos por partidos de esquerda, centro e direita, e, a seguir, a relação do resultado dessa divisão com a classificação de textos progressistas e conservadores. Para a primeira separação, levou-se em conta a classificação realizada pelo Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap) em dezembro de 2014, de acordo com o qual, são partidos de esquerda PT, PSB, PDT, PCdoB e PSOL; de centro, PMDB, PSDB, PPS, PV e SD; de direita, PRB, PMN, PRP, PRTB, PSDC, PSL e PTC<sup>2</sup>. Atualizada por pesquisa d’O Globo (VASCOCELOS, 2016), em março de 2016, que fragmenta a esquerda em

‘esquerda’ e ‘centro-esquerda’, PDT e PSB situam-se na centro-esquerda. Qualificaram-se como progressistas os projetos alinhados aos marcos regulatórios de proteção dos direitos humanos, sobretudo da luta antimaniacomial, da Reforma Psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), da política de drogas e de proteção integral de crianças e adolescentes, sendo aqueles fundamentados nas Leis nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001B), 8.080/1990 (BRASIL, 1990B) e 11.343/06 (BRASIL, 2006B); já este último, na Lei nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990A).

## Resultados e discussão

### Eixo Álcool e outras Drogas

Após a identificação dos PL a partir do uso das expressões-chave citadas, verificou-se o que há em comum em seu conteúdo (especialmente a partir da ementa), posteriormente classificados em 8 categorias temáticas, dentro das quais se distribuíram os 104 PL encontrados da seguinte maneira: ‘tratamento’(26), ‘prevenção’ (23), ‘punição’ (23), ‘reabilitação’ (6), ‘detecção no trânsito’ (6), ‘descriminalização’ (2), ‘despenalização’ (1) e outros em ‘geral’(17), totalizando uma média de 7,5 PL/ano. Vale explicar que na categoria ‘geral’ encontram-se todos os PL que se incluem mais de uma adotada. As oito categorias foram construídas conforme o tema/objetivo predominantemente expresso no texto proposto. Com exceção da categoria ‘detecção no trânsito’ – a ser comentada adiante –, elas foram classificadas, inicialmente, em dois grandes blocos que contemplariam os projetos de lei: o bloco de temas tipicamente localizados no campo da saúde pública e o bloco cujas expressões orientam as políticas de responsabilização socioeducativa e criminal nas políticas de álcool e outras drogas. Sendo assim, ‘tratamento’, ‘prevenção’ e ‘reabilitação’ conformam ações pilares que coordenam o processo saúde-doença-cuidado e intitulam

<sup>2</sup> Na ordem: Partido dos Trabalhadores, Partido Socialista Brasileiro, Partido Democrático Trabalhista, Partido Comunista do Brasil, Partido Socialismo e Liberdade, Partido do Movimento Democrático Brasileiro, Partido da Social Democracia Brasileira, Partido Popular Socialista, Partido Verde, Solidariedade, Partido Republicano Brasileiro, Partido Renovador Trabalhista Brasileiro, Partido Social Democrata Cristão, Partido Social Liberal, Partido Trabalhista Cristão.



programas estratégicos presentes nos três níveis de complexidade da atenção no SUS.

As categorias ‘punição’, ‘descriminalização’ e ‘despenalização’, por sua vez, são expressões comumente empregadas nas ações de responsabilização dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas. Vale dizer que a primeira expressão veicula um pensamento mais conservador na resposta estatal diante do usuário das substâncias, sediando paradigma proibicionista e tutelar que, por si, é polarizado pelas ações de segurança pública, ao contrário das duas outras, que indicam prevalência da abordagem do usuário no campo da saúde pública. A categoria ‘descriminalização’ foi forjada no sentido de abarcar os raros e inéditos textos que, na contramão ideológica do maior conjunto de PL encontrados nesta pesquisa, propõem retirar da esfera penal a resposta estatal ao uso de drogas. Também contra-hegemônica, a categoria ‘despenalização’ merece destaque porque, ainda que não exclua o uso do âmbito penal, dá visibilidade às respostas estatais que não atingem a liberdade do sujeito. Ao contrário das demais categorias nominadas, cujos PL alvejam, exclusivamente, o uso de drogas, criou-se a categoria ‘detecção no trânsito’ em virtude da incidência estatal de maior rigor punitivo sobre a associação de dois comportamentos: o uso de droga e a condução de veículos automotores, sendo, nos próprios documentos, secundário o debate sobre a licitude da substância.

Nesse sentido, identificou-se, por ano, a seguinte quantidade de PL (entre parênteses): 2012 (17), 2009 (16), 2011 e 2003 (13), 2016 (11), 2013 (7), 2007 (6), 2010 (5), 2004 (4), 2015, 2006 e 2005 (3), 2014 (2), 2008 (1). Logo, os anos de 2003, 2009, 2011, 2012 e 2016 superam a média anual, dos quais 2012, 2009, 2011 e 2003, nessa ordem, lideram, com larga vantagem, o rol de anos com maior incidência. O que há em comum entre esses anos? Das várias hipóteses possíveis, inclusive a que deve levar em conta a constituição das bancadas em cada legislatura, lança-se, a

princípio, a mais óbvia, que diz respeito ao fato de os anos de 2003 e 2011 serem, cada qual, o primeiro ano de mandato legislativo, o que permite supor que a atuação propositiva do parlamentar, imediatamente à sua posse, vise responder ao público que o elegeu. Quanto aos outros picos de produção legislativa no campo, é no contexto de produção da demanda de enfrentamento ao *crack*, que, nos anos de 2009 (Portaria GM/MS nº 1.190/09, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde, primeiro programa da ‘era’ de enfrentamento ao *crack*) (BRASIL, 2009A) e 2012 (ano de vigência real da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), portaria de maior lastro para a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas) (BRASIL, 2011A), o poder legislativo também protagoniza na disputa pelas políticas atuais de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Aproximando-se ainda mais a lupa sobre esse período, verifica-se que a janela temporal entre 2009 e 2012 fora ocupada por quase metade (51) dos PL propostos durante os 14 anos em análise<sup>3</sup>.

A despeito de a propositura normativa ser uma das duas atribuições parlamentares, o fato de haver picos de produção legislativa não significa, automaticamente, tratar-se de inovações alinhadas à Política Nacional de Saúde Mental e aos paradigmas de direitos humanos. Se, por um lado, a categoria ‘prevenção’ apresenta PL de fortalecimento das estratégias de redução de danos decorrentes do uso de drogas (ex. PL 6.520/06 e 1.692/07) e incumbência às empresas de álcool e cigarros inscreverem nas embalagens informações sobre formas de cuidados com o uso da substância (ex. PL 983/03, 871/03, 4.391/04, 1.066/07), projetos de lei dessa natureza praticamente desaparecem a partir de 2010, início do ‘período *crack*’. Em contrapartida, é nesse momento que

<sup>3</sup> Inegavelmente, trata-se de um intervalo de anos de contrastante investimento orçamentário na Política de Saúde Mental, com especial escopo no cuidado às pessoas com necessidades em saúde pelo uso de drogas. Exemplo disso é a aceleração do investimento em Centros de Atenção Psicossocial (Caps); reajuste do repasse; criação, na portaria Raps, do Caps III AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), destinado ao cuidado diuturno às pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2012B).



também cresceu o número de propostas, na categoria ‘punição’, de agravamento da pena do crime de consumo, como o Projeto de Lei do Senado/PLS 67/09, que propõe “reforçar a punição prevista para o consumo pessoal de drogas com a imposição cumulativa da pena de multa” (BRASIL, 2009C); o PLS 227/09, que dispõe sobre a “pena de detenção para condutas relacionadas ao consumo pessoal de droga” (BRASIL, 2009C), e o PLS 285/12, que altera a lei para “prever o crime de tráfico e consumo de drogas ilícitas, e dá outras providências” (BRASIL, 2012F). Da mesma forma, a categoria ‘tratamento’, com constante quantidade de propostas no período dos 14 anos, mas com pico de iniciativas em 2011 e 2012, parece também seguir a tendência do ‘período crack’: se, nos primeiros anos, eram propostos PL de ampliação da rede de ações e serviços privados e públicos (ex. PL 2.584/03, 1.599/03, 4.938/05, 271/07, 6.684/09 e 6.772/10), a partir de 2010, voltam-se a fortalecer modalidades mais gravosas de intervenção sanitária (principalmente pela imposição da internação psiquiátrica compulsória) em nome da proteção de pessoas que fazem uso de drogas (ex. PL 7.663/10, 1.144/11, 2.372/11, 3.167/12, 3.450/12, 6.839/13). Não se pode deixar de mencionar PL progressistas, categorizados como ‘descriminalização’ e ‘despenalização’, como o PL 7270/14, que

regula a produção, a industrialização e a comercialização de *cannabis*, derivados e produtos de *cannabis*, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. (BRASIL, 2014A),

e o PL 7187/14, que dispõe sobre

o controle, a plantação, o cultivo, a colheita, a produção, a aquisição, o armazenamento, a comercialização e a distribuição de maconha (*'cannabis sativa'*) e seus derivados. (BRASIL, 2014B).

O caráter progressista se deve à direção contrária de aumento da superpopulação carcerária, desmonopolização da produção clandestina e o deslocamento, no que compete à atuação estatal, da questão do contexto policial para os contextos sanitário e socioassistencial.

O ano de 2016 confirma a tendência, porém contrasta com os demais: é o quinto ano de maior produção legislativa no tema, considerando que a coleta se deu até o mês de agosto; nas categorias, residem prioritariamente propostas eminentemente conservadoras ou de retrocesso. Localizados entre os três anos de maior produção legislativa nessa temática, os meses de janeiro a agosto de 2016 protagonizam a categoria ‘punição’ (6 PL, 40%), seguida pela ‘detecção no trânsito’ (3 PL), cujos textos vão na contramão dos direitos de liberdade, autonomia e do cuidado em saúde. Naquela categoria, encontram-se três tipos de textos de teor responsabilizatório: os PL 5.742 e 5.649, que estabelecem o aumento da pena para práticas de crimes em que se influencia a vítima pela oferta de drogas; o PL 5.090, que proíbe a importação de drogas sem autorização legal interna, resta isolado entre o primeiro grupo e o terceiro, cujos PL 5.877 e 5.712 propõem o aumento de pena para crimes de homicídio praticado por condutores sob o efeito do uso de drogas. Ainda, pode-se definir como parte desse grupo o PL 5.298, que, porém, diverge quanto à natureza punitiva, civil, realizada pela indenização financeira do autor à vítima, o que pode representar uma maneira mais relacional de reparação de dano do que a mera prisão.

Quanto à categoria ‘detecção’, os PL 6.069 e 5.431 determinam que o motorista profissional se submeta a exames toxicológicos periódicos, mas não necessariamente durante a condução do veículo, o que, portanto, não atinge o resultado esperado, de inibida condução sob efeito psicoativo. Ainda na mesma categoria, o PL 4.848 impõe que a União custeie as despesas relativas aos

exames, mesmo que no tocante a um ramo produtivo e laboral específico e privado. Na categoria ‘prevenção’ (2 PL), o PL 4.380 proíbe o “transporte de passageiro alcoolizado em assento adjacente ao do motorista”, diferentemente do PL 5.020 – único alinhado aos atuais paradigmas de prevenção em saúde –, que propõe a inserção do conteúdo temático no currículo escolar. Percorre-se, assim, uma esteira histórica de PL marcados pelo tema das drogas em cujos textos, de 2003 a 2009, prevalecem ações de construção de serviços e orientações de cuidado, e, de 2009 a 2016, predominam ações de repressão e cerceamento de direitos em nome da proteção. Com isso, torna-se evidente que, no primeiro período, o objeto dos documentos é a política pública; no segundo, é o próprio sujeito o alvo a ser regulado.

### Eixo Infância e Juventude

Para a compreensão do cenário legislativo no âmbito da saúde mental de crianças e adolescentes, durante o levantamento de PL oriundos do mesmo período selecionado (2003 – 2016), organizaram-se os dados relativos aos conteúdos dos PL, às filiações partidárias, ano das proposições, em diálogo com a Política Nacional de Saúde Mental e Política de Direitos de Criança e Adolescente. Considerando esses aspectos, problematizaram-se possíveis implicações sociais desses PL nas políticas citadas.

Após o mapeamento, encontraram-se 35 PL, classificados, de acordo com seu texto, nas seguintes categorias (e a quantidade entre parênteses): ‘garantia de direitos’ (7), ‘proteção’ (10), ‘responsabilização socioeducativa’ (13) e ‘medicalização da vida’ (5). Adotaram-se essas expressões por serem de comum uso nas bandeiras de defesa dos direitos de crianças e adolescentes: a expressão ‘garantia de direitos’ intitula o Sistema de Garantia de Direitos (Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda nº

117/2006) (CONANDA, 2006); ‘proteção’ adjetiva medidas propriamente adotadas com fulcro no Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 98) (BRASIL, 1990C), da mesma forma com que ocorre no âmbito da ‘responsabilização socioeducativa’ (art. 112); a ‘medicalização da vida’ responde à agenda do Fórum Nacional sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (FÓRUM, 2016) e à literatura a seguir utilizada.

Em breve análise do período, o ano em que mais houve proposições foi 2012 (6), seguido por 2011 e 2015 (5), 2003 (4), 2009 e 2010 e 2016 (3), 2004 (2), 2006, 2007, 2008 e 2013 (1). Nota-se, assim, que, tal como no eixo anterior, a maioria (74%) dos PL em pauta são propostos na segunda metade do período de análise, sendo que, no ano de 2009, inauguram-se os programas voltados ao *crack* e se intensificam todas as ações de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Do mesmo modo, a produção de PL, nesse eixo, apresenta pico no período 2009 – 2012 (17). De acordo com o que se apresenta a seguir, é exatamente nessa direção que se propõem os PL, com significativo teor repressivo e tutelar.

No contexto dos PL categorizados como de ‘garantia de direitos’, trata-se de proposições mais amenas, com tendência a fortalecer as diretrizes de cuidado em saúde mental já existentes, como no PL 4.767/2012, que pretende garantir “assistência integral e multiprofissional à criança e ao adolescente dependentes químicos e/ou com problemas decorrentes do uso de drogas” (BRASIL, 2012A). Mesma direção verifica-se no PL 5.705/2016, que dispõe sobre ações específicas com relação ao “cuidado com a saúde mental dos menores infratores submetidos ao regime de internação” (BRASIL, 2016A). Nesse caso, a ação proposta já é papel dos pontos de atenção da Raps. O mesmo entendimento pode-se extrair da análise do PLS 408/2011, que propõe “assistência médica e psicológica ao adolescente viciado em drogas, bem como promover campanhas sociais de

prevenção e combate ao uso das mesmas” (BRASIL, 2011B), algo semelhante ao que propõe o PL 6.874/2010, que estabelece a “criação de núcleo psicossocial nas escolas públicas de ensino fundamental” (BRASIL, 2010A). Outro exemplo é o constante do PL 3.121/2012, que, embora misture a condição psicossocial de jovens desempregados e de jovens com necessidades decorrentes do uso de drogas, propõe, para ambos, a criação de “programas de recuperação [...] mediante capacitação técnica ou profissional, ou atendimento médico, psicológico e social” (BRASIL, 2012B). Nesse caso, também se encontram ações específicas voltadas a ambos os grupos de jovens.

Da mesma maneira, as proposições categorizadas como ‘proteção’ reiteram ações públicas já previstas, como a estabelecida no PL 1.795/2015, que constitui como crime “vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica e energética a criança ou a adolescente” (BRASIL, 2015A), o que ocorre também com o PL 4.478/2004, PL 6.411/2009, PL 3.158/2004 e o Projeto de Lei da Câmara/PLC nº 80/2012, que propõem a mesma medida com relação a produto que cause dependência.

Com outro fim, dois PL tornam tutelares as ações de proteção, com textos que têm como efeito a violação dos direitos de liberdade, intimidade e do dever de sigilo do profissional vinculado à criança ou adolescente. Trata-se do PL 5.933/16, que estabelece a comunicação compulsória de casos de consumo de drogas por crianças e adolescentes a unidades de saúde, e do PL 5.356/16, que, com mesma resposta, impõe a comunicação aos pais e conselho tutelar. É importante pontuar que discursos de garantia de direitos ou de proteção de determinadas populações em situação de vulnerabilidade devem ser analisados com cautela com o fim de demarcar a linha tênue que por vezes separa a proteção e o controle/contenção dos corpos para a gestão biopolítica dos ‘desviantes’ (FOUCAULT, 2008). Processos de normalização dos considerados ‘anormais’ – porque questionam a

ordem vigente – travestem-se de discursos protetivos em nome da defesa da sociedade, com alta aprovação de grande parte da população, amedrontada diante das diferenças produzidas como resultado de processos políticos desiguais próprios do neoliberalismo. Nesse contexto, narrativas de proteção têm embarçado a compreensão acerca do processo saúde-doença-cuidado, transformando problemas de saúde em questões criminais.

Ao adentrar nos conteúdos dos PL categorizados como de ‘responsabilização socioeducativa’, percebe-se que a maioria está relacionada, predominantemente, com diagnósticos psiquiátricos (ex. PL 1.052/2011, que impõe seja o adolescente autor de ato infracional “obrigatoriamente submetido a exame psiquiátrico e a testes projetivos de personalidade” (BRASIL, 2011A), e PL 395/07, que determina a submissão do adolescente autor de ato infracional ao crivo psiquiátrico), tratamento (ex. PL 23/2012, que cria a oitava medida socioeducativa, de “atendimento médico-psiquiátrico, consistente em tratamento ambulatorial ou internação” (BRASIL, 2012D), a despeito de ser esse um direito à saúde) e punição (ex. PL 2.116/2015, que também cria a oitava medida socioeducativa, “medida de segurança”, em “regime especial”, “por prazo indeterminado” (BRASIL, 2015B), o que viola os princípios socioeducativos da medida). Por vezes, os conteúdos se misturam, a exemplo do PL 1.325/2015, que determina que laudo psiquiátrico prévio ensejará “internação preventiva” (BRASIL, 2015C), sendo a internação definitiva sem prazo determinado, como também ocorre com os PL 2.588/2003 e 7.208/2010. Tais PL, todos propostos após a nova lei de drogas, têm como público adolescentes que fazem uso abusivo de drogas, de modo que o princípio da brevidade, previsto para a medida socioeducativa de internação, já não responde mais aos anseios de lhes colocar para fora do circuito da proteção integral e da garantia de direitos humanos, a partir de um novo estado de exceção, destinado aos jovens considerados ‘perigosos’ pelo aparato médico-jurídico.

A classificação dos textos nessas categorias demonstra quão conservadora e de retrocesso é a maioria das proposições, voltadas a uma regulamentação de privações de direitos de adolescentes. A maioria dos PL apresenta tendência compatível com a doutrina da situação irregular e a lógica manicomial, com lastro em controle punitivo e institucionalizante. Em contraponto, sobressai apenas o PL 5.673/2009, que proíbe a aplicação da medida privativa de liberdade nos casos de prática infracional resultante do uso de drogas.

No âmbito da ‘medicalização da vida’, as propostas dividem opiniões uma vez que algumas, apesar de se voltarem ao cuidado, reforçam a questionável tese do diagnóstico precoce de transtornos do desenvolvimento e da aprendizagem. É o caso do PL 7.081/2010, que obriga o poder público a

manter programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da atenção básica com dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). (BRASIL, 2010B),

bem como fornecer aos professores escolares curso sobre os diagnósticos. Semelhante é o PL 5.700/2009, que impõe às escolas a criação de ações de “avaliação e acompanhamento dos transtornos de aprendizagem” (BRASIL, 2009A). Ambos são questionáveis, ademais, porque visam instrumentalizar as escolas, substituindo-se, com isso, os serviços de saúde disponíveis ou demandáveis na comunidade, e aproximando os estabelecimentos educacionais das instituições totais. Destaca-se, em sentido distinto, o PLS 247/2012, que propõe que

o uso de psicofármacos em crianças e adolescentes exigirá comprovada necessidade do uso, que deve ocorrer em conformidade com os protocolos clínico-terapêuticos aprovados pelo Ministério da Saúde, proibindo o uso da medicalização de forma indiscriminada, inadequada, desnecessária ou excessiva. (BRASIL, 2012E).

Apresenta, portanto, a importância de fortalecer o papel dos órgãos de saúde na coordenação dos cuidados, especialmente pelas vias medicamentosas, com vista a frear os excessos desse processo, já que o Brasil, no decorrer da década de 2000, passou a figurar como o segundo país do mundo em prescrições de metilfenidato, genericamente conhecido como Ritalina ou Concerta, para diagnósticos de TDAH em crianças (HECKERT; ROCHA, 2012). Na mesma tendência dos dois primeiros projetos segue o PL 3.092/2012, eis que, embora não reduza os cuidados ao ambiente escolar, reforça a prática do cuidado medicamentoso pela “obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos gratuitos pelo SUS para tratar Hiperatividade e TDHA em crianças portadoras da síndrome” (BRASIL, 2012C). Mais repressor é o PL 2372/2011, que impõe a “internação compulsória para tratamento de crianças e adolescentes, em situação de rua, dependentes de álcool e substâncias entorpecentes” (BRASIL, 2011B)<sup>4</sup>.

De modo geral, a medicalização da vida pode ser entendida como processo que torna contextos considerados problemáticos, de ordens diversas, em questões exclusivamente médicas, sendo retiradas do campo social de produção e restritas a processos biológicos próprios de cada indivíduo, sendo aquelas nomeadas como patologias a serem tratadas/curadas, prioritariamente, à base de medicamentos. Segundo Heckert e Rocha (2012), o não aprender, as inquietações ou agitações, conflitos e indisciplinas, geralmente expressas no ambiente escolar, quando individualizados e considerados ‘anormais’, têm como efeito a ampliação da jurisdição médica sobre problemas que, muitas vezes, emergem do chão da escola por meio de processos de patologização da diferença que anulam possibilidades de questionamento e reinvenção das instituições e contextos onde estão inseridas crianças e adolescentes. Nesse jogo de forças, em que comportamentos socialmente indesejados são reduzidos a problemas de cada um, são retirados do

<sup>4</sup> De autoria da deputada fluminense Liliam Sá (PR/RJ), o PL surge no exato momento em que nasce a carioca e polêmica Resolução SMAS nº 20/2011, com a finalidade, entre outras, de propor o ‘abrigo compulsório’ de crianças e adolescentes em situação de rua.

campo de análise atores e condições específicos que determinam os rumos das políticas da infância e da juventude, dentro ou fora da escola, a exemplo da indústria farmacêutica; do ritmo de trabalho dos pais exigido pelo sistema produtivo, dificultando-lhes o acompanhamento cotidiano de seus filhos; das condições de trabalho dos educadores; da mercantilização da educação, cada vez mais voltada para resultados pragmáticos etc.

Viu-se que, no contexto da ‘responsabilização socioeducativa’, os conteúdos dos PL são majoritariamente conservadores e de tendência retrógrada, dado o caráter punitivista e patologizante veiculado em seus textos. Em suma, 12 dos 13 PL apontam para a modificação da legislação da infância e adolescência no sentido da redução de direitos humanos de crianças e adolescentes. No que tange às ações de saúde mental em outras dimensões da vida desse público, com exceção do progressista PLC 30/2006, que dispõe sobre destinação, à política da infância, de recursos orçamentários oriundos de multas, os demais PL da categoria ‘garantia de direitos’ podem ser entendidos como desnecessários, haja vista que o investimento empregado em sua tramitação poderia ser direcionado para a fiscalização das leis e políticas em andamento, como visto, papel também precípuo dos parlamentares. Dos dez PL revelados na categoria ‘proteção’, por sua vez, seis também repetem normas proibitivas já compreendidas no ordenamento jurídico. Contraria apenas o PL 779/2003, que prevê a inclusão do conteúdo sobre uso de drogas no currículo escolar; e os presentes na ‘medicalização da vida’ tendem, em sua maioria, a fortalecer a lógica patologizante do comportamento infantil. Dos cinco PL em tela, apenas o PL 247/2012 propõe a desinstrumentalização psiquiátrica e psicológica das relações de sociabilidade infantil, enfrentando a tendência – que os demais PL assumem – de submeter, cada vez mais, os comportamentos infantoadolescentes a esses saberes.

É interessante perceber essas variações, muitas das quais sem fundamento teórico consistente, desconsiderando-se uma série de elementos contextuais socioculturais que compõem o ser criança e o ser adolescente. Vale ressaltar, especialmente nos PL de responsabilização, a ausência completa dos protagonistas da tríplice cooperação constitucional Estado, família e sociedade (art. 227 da Constituição Federal) entre os sujeitos e predicados alvos de demandas de cuidado em saúde. O foco da responsabilização está cada vez mais apontado para o próprio adolescente. Um exemplo que gera muitas inquietações sociais e se direciona ante uma responsabilização cada vez mais focada no adolescente se encontra no PL 192/2015, que problematiza a natureza pétrea da cláusula constitucional sobre a idade penal, apresenta argumentos descontextualizados, faz uso de comparações desproporcionais entre países e se arvora em argumentos pouco progressistas em uma perspectiva de redução de direitos, bem como da idade penal.

Ainda resta analisar os jogos de força a partir da participação de cada partido na propositura dos projetos de lei. Ao se pinçarem, brevemente, os PL cujos textos convergem com a legislação de saúde mental e de direitos de crianças e adolescentes – aqui nomeados como progressistas –, nota-se que são minoria expressiva e de autoria de parlamentares ligados, proporcionalmente, a partidos de esquerda.

### **Análise das expressões partidárias em conexão com os eixos temáticos**

Entre os projetos voltados às ações em álcool e outras drogas, dos 106 PL, apenas 11 (11%) têm caráter progressista, sendo majoritariamente de partidos de esquerda como PT, PDT e PSOL e, excepcionalmente, do PFL (PL 6520/06, que dispõe sobre ações de redução de danos) e do PMDB (PL 5298/16, que dá importância à responsabilidade civil do motorista que, nessa função, comete



homicídio). De outro modo, os 89% restantes são de partidos de centro e de direita, justamente alguns dos quais, no atual governo federal de Michel Temer (PMDB/SP), protagonizam em base aliada.

No conjunto de 35 PL relacionados com a temática da infância e adolescência, 10 são de autoria de parlamentares filiados aos partidos de esquerda PT, PSB e PDT, porém somente os propostos na legenda do PT são de natureza progressista. Além desses, 3 PL progressistas são de autoria de parlamentares dos antigos PPB (PL 779/03) e PFL (PL 1.811/03) e do atual PMDB (PLC 30/06). Os demais 22 PL (63%) são de autoria de partidos de centro e de direita, como, em seu conteúdo, de retrocesso, pois divergem dos marcos de garantia de direitos das populações em pauta. Nesse sentido, 82% do total de PL em análise em ambos os eixos temáticos têm textos com finalidade de redução de direitos dos públicos-alvo, punitivistas ou de mera reiteração da legislação atual.

Em ambos os eixos, viu-se que, na segunda metade do período analisado, encontram-se os picos de produção legislativa, momento em que prevalece a natureza conservadora dos projetos. Os que mais chamam a atenção são os que cruzam os eixos analisados propondo medidas de caráter punitivista e patologizante a serem adotadas ao usuário de drogas, seja este criança, adolescente ou adulto. Como visto, a coincidência temporal – iniciada no ano de 2009 – entre o ápice das proposituras e o início dos programas de enfrentamento ao *crack* ganha legitimidade (e investimento orçamentário) no lançamento do programa ‘*Crack, é possível vencer*’, do Ministério da Justiça, em 2011. Em relação a esse ano, o orçamento decuplicou em 2014. Os discursos do cuidado e da repressão convivem na mesma agenda das drogas, vocalizados por todos os partidos, sem distinção. Ao mesmo tempo que se fortalecem os serviços substitutivos e territoriais, ganham força os espaços e práticas que retomam a lógica manicomial, a exemplo de clínicas

psiquiátricas particulares, comunidades terapêuticas (CT) e internações compulsórias (STOCHERO; ARAÚJO; AHMED, 2013).

Exemplo dessa constatação, na categoria ‘tratamento’, do eixo Álcool e outras Drogas, e na categoria ‘responsabilização socioeducativa’, do eixo Infância e Juventude, encontra-se o caráter punitivista e patologizante do autor do delito ou de psiquiatrização da infração, em que são propostas internação compulsória e medida de segurança para os julgados pelo aparato médico-jurídico como ‘perigosos’, jovens e adolescentes que fazem uso de droga. Perante esses, as medidas propostas retomam o retrógrado pensamento lombrosiano, do final do século XIX, para o qual a ‘delinquência’ é uma expressão da doença mental, devendo esta ser controlada mais pela medicina psiquiátrica e menos pelo direito penal. São propostas que prescindem de prazo para a clausura, com o explícito desejo de punição mascarado pelo discurso da proteção. Todavia, além das modalidades sanitárias de punição para o tratamento dos ‘desviantes’, alguns projetos (PL 4.941/09 e PLS 2.27/09) prescindem do discurso médico patologizante e invocam o caráter punitivista a ser aplicado às respostas estatais a usuários de drogas, com a reinstituição da pena de prisão.

Por outro lado, dos poucos PL de natureza progressista, encontrados principalmente nas categorias ‘prevenção e reabilitação’, do eixo Álcool e outras Drogas, e ‘garantia de direitos’, do eixo Infância e Juventude, viu-se que a maioria propõe ações já estabelecidas nos normativos de saúde mental. Este dado sugere pensar que os serviços e programas já implementados não parecem funcionar à altura das demandas para as quais foram desenvolvidos, tornando-se invisibilizados como ações de prevenção de agravos e promoção dedireitos. Levanta-se a hipótese de que o crescente financiamento público de iniciativas privadas dos últimos cinco anos, destinado ao tratamento da população que faz uso de álcool e outras drogas, vem

enfraquecendo os pontos de atenção já existentes, precarizando os equipamentos sociais de que se dispõem, embora muitos desses serviços privados caminhem na contramão dos princípios da autonomia, do cuidado em liberdade e em convivência familiar e comunitária. Como é o caso das CT, serviços atípicos de acolhimento, porque, além das violações daqueles direitos, caracterizam-se por realizar outras restrições em nome da abstinência em relação ao uso de drogas.

Ao mesmo tempo, a reiterada proposição do que já está disposto em normativos da saúde mental e da infância e juventude fortalece o papel legislador em detrimento das ações de fiscalização do poder executivo para o cumprimento da execução das políticas públicas, também inerente ao poder legislativo. Esse comportamento sugere que o comportamento parlamentar valoriza o interesse dos cidadãos a partir da criação de regras, a despeito de algumas delas já existirem e outras serem eventualmente danosas ao interesse público. Segundo Anastasia e Inácio (2010, p. 37), “o Poder Legislativo não está (ainda?) devidamente capacitado para exercer suas funções de monitoramento e avaliação dessas políticas”, fragilidade que se explica pela dificuldade de instituir procedimentos indutores de responsabilidades cruzadas entre os governos subnacionais, mediante forte coordenação intergovernamental, além do investimento nas instâncias de participação política. Segundo os autores,

o monitoramento e a avaliação das políticas em cada nível de governo dependem de informações sobre as decisões e as ações levadas a cabo nos demais níveis. (ANASTASIA; INÁCIO, P. 42).

## Conclusão: perspectivas

Para concluir o presente artigo, relacionaram-se os projetos de lei analisados e seus possíveis efeitos sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, mas

também discorreu-se sobre alguns acontecimentos no âmbito do poder executivo que ensejaram ações específicas do poder legislativo no campo da saúde mental e que, após o processo de *impeachment* da Presidenta da República Dilma Rousseff, em 31 de agosto de 2016, poderão mobilizar outras disputas das políticas públicas em questão.

Em outubro de 2015, o então sanitário ministro da saúde Arthur Chioro (PT/SP) foi exonerado do cargo e, em seu lugar, assumiu o deputado federal Marcelo Castro (PMDB/PI). A entrega da pasta ao PMDB foi uma tentativa presidencial de garantir maior apoio político do majoritário partido perante as novas exigências da oposição, às vésperas do recebimento da denúncia que culminaria, dez meses depois, no *impeachment* da Presidenta da República. Efeito da mudança da chefia ministerial, dois meses depois, a exoneração do então gestor da Política Nacional de Saúde Mental, Roberto Tykanori, ensejou a nomeação do desconhecido Valencius Wurch, o que mobilizou sobremaneira os movimentos sociais ligados ao tema, a fim de evitar possíveis desmontes da Política Nacional (CORREIO, 2016).

Após 123 dias de ocupação da sala da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, manifestações e audiências públicas e reuniões institucionais com o governo federal (ABRASCO, 2016), os movimentos da luta antimanicomial priorizaram a interlocução com o poder legislativo, inicialmente na pessoa da deputada federal Erika Kokay (PT/DF). Nesse passo, com a presença de vários setores da Reforma Psiquiátrica, foi proposta a composição de uma Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (HAJE, 2016), levada a cabo no 6 de abril, dia em que a lei respectiva completaria 15 anos. Seu plano de trabalho pauta-se em ações de garantia do direito de ser cuidado nas redes de base comunitária, de não ser internado em hospital psiquiátrico e do direito de dele sair, em processos fielmente alinhados às



diretrizes da Política Nacional, o que incidirá também na vida de crianças, adolescentes e pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas. Em suma, vale destacar que o plano é plenamente ilustrado de ações fiscalizatórias e contributivas ao poder executivo, bem como do acompanhamento dos PL ligados à Reforma Psiquiátrica e à Luta Antimanicomial (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016). Sob coordenação da citada deputada, a Frente teve adesão de 198 deputados, dos quais 77 são membros de partidos classificados como de esquerda, o que expressa presença significativa contra os retrocessos nas respectivas políticas.

Na medida em que a democracia participativa constitui-se como alicerce do Estado Democrático de Direito, entende-se a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial como um veículo do comportamento parlamentar de fiscal da administração pública, em audição de uma pauta em constante disputa social e institucional. Com isso, um dos efeitos pode ser a garantia da continuidade da política de saúde mental no modelo constitucional do SUS, a despeito do contexto em que se insere e se sustenta a maior parte dos PL analisados nos eixos Álcool e outras Drogas e Infância e Juventude. O esforço dessa e outras Frentes será hercúleo, na medida em que, no primeiro eixo, os 11 PL de natureza progressista evidenciam a invertida do momento de ampliação de ações de cuidado e qualificação das políticas (primeira metade do período analisado) para um seguinte de acirramento do controle das liberdades e instalação de uma lógica penal-sanitarista (ASSIS, 2012) no campo das drogas (segunda metade do mesmo período). No segundo eixo, apesar de haver projetos de lei que apontam para pautas progressistas (5 dos 35), é complexo o cenário em que se encontra a saúde mental, pois, como discutiu-se, a lógica está cada vez mais patologizante e institucionalizante, desconectando-se, em uma crescente, das diretrizes do SUS. Nesses

casos, os projetos de lei acabam por se tornar processos de instrumentalização legal que impactarão consideravelmente nos serviços, no processo de trabalho, no fazer profissional e no (possível não) cuidado com o usuário no âmbito da saúde mental.

Paralelamente aos acontecimentos políticos ocorridos no primeiro semestre de 2016, no campo da saúde mental, viu-se que o legislativo propôs predominantemente projetos de lei referentes às questões concernentes ao uso de álcool e outras drogas, os quais, em sua maioria, expressam o endurecimento de medidas punitivas e institucionalizantes travestidas de responsabilização. No âmbito executivo, mesmo após a exoneração de Wurche a do então ministro Castro, a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas continua desguarnecida, seja porque carece de gestor nomeado, seja em razão da postura do novo ministro, o deputado federal Ricardo Barros (PP/PR).

Sem guarida, a política de saúde mental pode ser alvo de negociações desde que o deputado federal Osmar Terra (PMDB/RS) assumira a chefia do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA), em virtude da sua relação com o campo das drogas. Terra tem um emblemático Projeto de Lei (nº 7.663/2010, atual PLC 37/2013), já citado, que prevê a alteração mais ampla, austera e conservadora da nova lei de drogas, da Lei nº 10.216/2001 e das modalidades de cuidado instituídos pelos SUS, Sistema Único de Assistência Social (Suas), e Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), o que se expressa na regulamentação de comunidades terapêuticas. Nessa crescente incidência, para lhe assessorar no MDSA, Terra nomeou como secretário executivo o ex-secretário de atenção à saúde de Marcelo Castro, Alberto Beltrame, proprietário de clínicas dessa natureza, em uma das quais é sócio do suplente de Ronaldo Laranjeiras no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), psiquiatra expoente na defesa de modalidade de tratamento semelhante à empregada nas

comunidades terapêuticas. Ato contínuo, em posições máximas no MDSA, ambos se nomearam membros do Conad.

Em suma, as disputas perduram no entorno da Política Nacional de Saúde Mental e da jovem política de drogas. No período de 14 anos de análise, além do variado acervo de PL e da dança das cadeiras ministeriais – com notável alteração nos últimos 16 meses, estando partidos de centro e direita na chefia do Ministério da Saúde –, percebe-se que a emergência das Frentes Parlamentares também redimensiona o cenário legislativo em torno das políticas em pauta. Em novembro de 2015, reinaugurou-se a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Criança e do Adolescente, com 87 deputados de partidos classificados como de esquerda, entre 202 membros. A Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos Humanos, inaugurada em maio de 2015, conta com 217 parlamentares, dos quais 98 representam partidos de esquerda. Comum atribuição das Frentes, o acompanhamento e monitoramento das proposições legislativas no entorno de seu respectivo tema evidencia a importância que carrega o papel de fiscalizador das políticas públicas.

Em termos conjunturais, vislumbra-se um cenário complexo de disputa não mais por leis em branco, à espera de anotações – como

se deu até os anos 1990 –, mas de leis em vigência, que, apesar da consolidação dos sistemas sociais, sustentam políticas que podem sofrer atrasos e reformulações pela nova compleição federal, composta de parlamentares de partidos de direita e centro, signatários do majoritário rol de PL conservadores. Do outro lado da disputa, encontram-se os parlamentares de partidos de esquerda, notórios constituintes da base aliada em quase todo o período de análise. Esses, ao mesmo tempo que, a partir do *impeachment*, perdem voz no poder executivo, parecem se destinar a fortalecer instrumentos de defesa da política de saúde mental no âmbito legislativo.

## Colaboradores

Daniel Adolpho e Alyne Alvarez contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e interpretação dos dados; bem como para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Ticiania Torres contribuiu substancialmente para o planejamento e para a sistematização dos dados; bem como para a elaboração do rascunho. Todos participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

- ANASTASIA, F.; INÁCIO, M. Democracia, Poder Legislativo, interesses e capacidades. *Cadernos ASLEGIS40*. 2010. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/politica/images/pdf/aslegis.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- ASSIS, D. A. D. *Risco social e saúde mental como argumentos para o encarceramento de crianças e adolescentes*. 2012. 179 f. Dissertação (Mestrado profissional em Adolescência em Conflito com a Lei) – Universidade Bandeirante de São Paulo, São Paulo, 2012.
- ASSIS, D. A. D.; SILVA, A. A. O impacto do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas na aplicação de medida de segurança, à luz da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. In: MIGUEL, V. V. R.; KALHED JR, S. H. *Direitos fundamentais na era dos extremos: a exceção como regra*. Florianópolis: Empório do Direito, 2016. p. 155-181.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Mídia repercute (L)Ocupa Brasília e luta antimanicomial define novas estratégias*. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/01/midia-repercute-loucupa-brasil-e-luta-antimanicomial-define-novas-estrategias/>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil*. 2003. 346 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 10 set. 2016.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 7.270/2014*. Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas, altera as leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 8.072, de 25 de julho de 1990, e 9.294, de 15 de julho de 1999 e dá outras providências. 2014a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=608833>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 7.187/2014*. Dispõe sobre o controle, a plantação, o cultivo, a colheita, a produção, a aquisição, o armazenamento, a comercialização e a distribuição de maconha (*cannabis sativa*) e seus derivados, e dá outras providências. 2014b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=606843>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 5.700/2009*. Acrescenta alínea ao art. 24, V, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 2009a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=443750>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 6874/2010*. Altera a Lei nº 9.394 de 1996, que estabeleceu Diretrizes e Bases da Educação. Explicação: Garante a criação de núcleo psicossocial nas escolas públicas de ensino fundamental para atendimento às vítimas de violência doméstica, maus tratos e dependência química. 2010a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=467579>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 7.081/2010*. Dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica. 2010b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 1.052/2011*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - para

ampliar o prazo de internação do adolescente infrator, estabelecer a possibilidade de aplicação de medidas de segurança, e dá outras providências. 2011a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=498429>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 2.372/2011*. Acrescenta o inciso X ao art. 101 e o art. 101-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências”. 2011b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=520720>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 4.767/2012*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir assistência integral e multiprofissional à criança e ao adolescente dependentes químicos e/ou com problemas decorrentes do uso de drogas. 2012a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=561295>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 3.121/2012*. Concede incentivo fiscal às entidades desportivas da modalidade futebol que instituírem programas de recuperação de jovens drogados ou desempregados, mediante capacitação técnica ou profissional, ou atendimento médico, psicológico e social. 2012b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=533885>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 3.092/2012*. Que dispõe sobre a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos gratuito pelo SUS para tratar Hiperatividade e TDHA em crianças portadoras da síndrome sem distinção de classe, nem mesmo aqueles pacientes que não se enquadram como os mais carentes poderão ser excluídos do benefício. 2012c. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=533790>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL*

*1.795/2015*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica e energética a criança ou a adolescente. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1301761>>. 2015a. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 2.116/2015*. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012 (Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase), para dispor sobre a responsabilização de adolescentes por atos infracionais, e dá outras providências. 2015b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1537470>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 1.325/2015*. Altera dispositivos na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e dá outras providências. 2015c. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1227888>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei PL 5.705/2016*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que “Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências”, para dispor sobre o cuidado com a saúde mental dos menores infratores submetidos ao regime de internação, e dá outras providências. 2016a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2089686>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 14 jul. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

*Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 7 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm)>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 05 jun. 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 24 dez. 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.482, de 04 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 5 ago. 2016b.

Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=26&data=05/08/2016>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, v. 7, n. 11, Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado PLS 67/2009*. Altera os arts. 28 e 29 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para reforçar a punição prevista para o consumo pessoal de drogas com a imposição cumulativa da pena de multa. 2009b. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/89731>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado PLS 227/2009*. Altera o art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para prever pena de detenção para condutas relacionadas ao consumo pessoal de droga. 2009c. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/91338>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado PLS 408/2011*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, para garantir tratamento especial ao adolescente viciado em drogas. 2011d. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/101220>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado PLS 23/2012*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, para prever nova modalidade de medida socioeducativa e dá outras providências. 2012d. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/104268>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado PLS 247/2012*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de

1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, para instituir medidas destinadas à prevenção do uso inadequado de psicofármacos em crianças e adolescentes. 2012e. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106495>>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado PLS 285/2012*. Altera o art. 33 da Lei nº 11.343/2006 para incluir no crime de Tráfico e consumo de drogas ilícitas as condutas de comprar, adquirir e consumir em local público. Dispõe que o juiz, na fixação da pena, considerará o potencial lesivo à saúde e a quantidade de droga apreendida. Disciplina que na hipótese de pequena quantidade da droga apreendida, que permita inferir que se destinava apenas a consumo pessoal, levando-se em consideração a natureza da droga, o local e as circunstâncias da apreensão, assim como os antecedentes e a conduta social do agente, o juiz deixará de aplicar a pena se o agente aceitar sujeitar-se a tratamento especializado em estabelecimento público de saúde, a ser escolhido pelo juiz. 2012f. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106806>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Lançamento da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial*. Disponível em: <<https://gamingyoutube.com/watch?v=mV3BgmSQXXc&list=PLbO0ECxK9V-cXzRnMEkuq9LVZuljNXE11>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CHAIB, J. Troca de nomes para gestão da política de psiquiatria provoca reação. *Correio Brasiliense*, Brasília, DF, 14 de dezembro de 2015. Disponível em: <[http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2015/12/14/internas\\_polbraeco,510561/troca-de-nomes-para-gestao-da-politica-de-psiquiatria-provo-ca-reacao.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2015/12/14/internas_polbraeco,510561/troca-de-nomes-para-gestao-da-politica-de-psiquiatria-provo-ca-reacao.shtml)>. Acesso em: 10 set 2016.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). Resolução nº 117, de 11 de julho de 2006. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 12 jul. 2006. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-117.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CORREIO BRAZILIENSE. *Há cem dias, movimento antimanicomial acampa em sala do Ministério da Saúde*. Disponível em: <[http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2016/03/21/internas\\_polbraeco,523178/ha-cem-dias-movimento-antimanicomial-acampa-em-sala-do-ministerio-da-s.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2016/03/21/internas_polbraeco,523178/ha-cem-dias-movimento-antimanicomial-acampa-em-sala-do-ministerio-da-s.shtml)>. Acesso em: 10 set. 2016.

FONSECA, E. J. *O papel do Poder Legislativo na construção do Sistema Único de Saúde: a Frente Parlamentar da Saúde e a regulamentação da Emenda à Constituição nº 29*. 2008 80 f. Monografia (Especialização em Instituições e Processos Políticos do Legislativo) – Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/685>>. Acesso em: 1 fev. 2017.

FÓRUM NACIONAL SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. *MEC envia recomendações do MS para adoção de práticas não medicalizantes*. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FOUCAULT, M. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

HAJE, L. Frente em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial é lançada na Câmara. *Agência Câmara Notícias*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/506532-FRENTE-EM-DEFESA-DA-REFORMA-PSIQUIATRICA-E-DA-LUTA-ANTIMANICOMIAL-E-LANCADA-NA-CAMARA.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

HECKERT, A. L. C.; ROCHA, M. L. A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n. esp., p. 85-93. 2012.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. *Análise de políticas de saúde no Brasil (2013 – 2017)*. Disponível em: <<http://www.analispoliticae-msaude.org/oaps/quem-somos/1/>>. Acesso em: 10 set. 2016.



STOCHERO, T.; ARAÚJO, G.; AHMED, M. Governo libera R\$ 738 milhões sem conhecer 'epidemia' de crack. *GI*. São Paulo, 2 jan. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/01/governo-libera-r-738-milhoes-sem-conhecer-epidemia-de-crack.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

VASCONCELOS, F. Maioria dos partidos se posiciona como de centro. *O Globo*. Brasília, DF, 29 mar. 2016. Disponível em: <<http://blogs.oglobo.globo.com/na-base-dos-dados/post/maioria-dos-partidos-se-posiciona-como-de-centro-veja-quem-sobra-no-campo-da>

-direita-e-da-esquerda.html>. Acesso em: 10 set. 2016.

---

Recebido para publicação em outubro de 2016  
Versão final em fevereiro de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Pesquisa financiada pelo CNPq e Ministério da Saúde (Chamada MCTI / CNPq / CT-Saúde / MS / SCTIE / Decit nº 41/2013)

# Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira

*Crazies, patients, users, experienced: the statute of the subjects in the context of the brazilian psychiatric reform*

Ana Paula Müller de Andrade<sup>1</sup>, Sônia Weidner Maluf<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Este artigo visa refletir sobre o estatuto dos sujeitos-usuários/as no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. A partir de uma pesquisa etnográfica realizada em 2010 e 2011, com o objetivo de analisar criticamente o processo da reforma psiquiátrica brasileira, do ponto de vista de usuários/as dos serviços de saúde mental, problematiza-se a categoria ‘usuário/a’ e aponta-se para a complexidade e a relevância das experiências singulares e institucionais desses sujeitos na consolidação da política pública de saúde mental no Brasil. As análises indicam a necessidade de conferir um estatuto epistemológico ao saber produzido por tais sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

**PALAVRAS-CHAVE** Política social. Desinstitucionalização. Sujeitos da pesquisa.

**ABSTRACT** *This article aims to reflect about the statute of the subjects-users in the context of the Brazilian psychiatric reform. Based on an ethnographic research conducted in 2010 and 2011, which the objective of critically analyzing the process of the Brazilian psychiatric reform, from the point of view of the users of mental health services, the ‘user’ category is problematized and points out the complexity and the relevance of the singular and institutional experiences of these subjects in the consolidation of the public mental health policy in Brazil. The analysis indicates the need to confer an epistemological statute to the knowledge produced by such subjects in the context of the Brazilian psychiatric reform.*

**KEYWORDS** *Social policy. Deinstitutionalization. Research subjects.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.  
psicopaula@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (RS), Brasil.  
sonia.maluf@ufsc.br

## Introdução

A reorientação da assistência psiquiátrica brasileira, consolidada com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), Lei nº 10.216/2001, teve como eixo norteador a garantia de dignidade e de liberdade para pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico. Diante de críticas e denúncias de diferentes atores sociais sobre as condições desumanas e pouco terapêuticas dispensadas aos considerados doentes mentais nos hospitais psiquiátricos brasileiros, bem como do reconhecimento de experiências de transformação da assistência psiquiátrica em outros países, como França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, o processo de reforma psiquiátrica ganhou força no Brasil.

A partir da aprovação da PNSM, os princípios da reforma psiquiátrica têm orientado, na sua vertente assistencial, a criação de uma rede de serviços de saúde mental abertos, de base comunitária, que, articulados com outros setores, visam substituir os leitos em hospitais psiquiátricos e garantir a formulação de estratégias terapêuticas singulares para os sujeitos. Como apontado por Wetzel (2005), tais serviços vêm se concretizando de forma heterogênea em todo Brasil.

A participação de diferentes atores – movimentos sociais, trabalhadores, familiares, artistas e pessoas incluídas na categoria de usuários do sistema de saúde – no processo de formulação e consolidação da política pública de saúde mental no País promoveu mudanças importantes na assistência psiquiátrica ofertada e tem instituído outro lugar social para a loucura e para as pessoas consideradas loucas, entendidas aqui como aquelas que têm o encargo simbólico de corporificar a loucura (PELBART, 1990).

A exemplo da substituição, no Novo Código Civil Brasileiro (2002), da expressão ‘loucos de todo gênero’ por ‘os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática

desses atos’, para denominar as pessoas consideradas incapazes para os atos da vida civil, outras mudanças têm sido instituídas a fim de atender a complexidade de centrar a assistência psiquiátrica no sujeito que sofre e não na suposta doença que o acomete. Além dessa substituição, no contexto dos serviços de saúde mental criados a partir da aprovação da PNSM, tais pessoas passaram a ser denominadas como ‘usuárias/os’, em substituição às expressões ‘doente mental’, ‘louco’ ou ‘cliente’, consideradas inadequadas frente ao seu protagonismo (AMARANTE, 1995).

A fim de discutir o estatuto conferido aos sujeitos-usuários/as no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, destacamos aqui os dados de uma pesquisa etnográfica, que teve o objetivo de analisar criticamente o processo da reforma psiquiátrica brasileira do ponto de vista de usuários/as dos serviços de saúde mental, cujos resultados indicaram a necessidade de conferir um estatuto epistemológico ao saber produzido por esses sujeitos.

## Metodologia

A pesquisa foi realizada nas cidades de Joinville (SC) e Barbacena (MG), nos anos de 2010 e 2011. A opção pela abordagem qualitativa e etnográfica justificou-se pela possibilidade de enfatizar os diferentes discursos e práticas presentes no contexto investigado, e de articular os dados empíricos com a teoria, colocando-os em diálogo.

Durante nove meses, foram feitas observações participantes, entrevistas semiestruturadas (realizadas na fase inicial do trabalho de campo) e conversas ordinárias e extraordinárias, com usuários/as dos serviços de saúde mental. Os dados foram registrados em diário de campo e as entrevistas gravadas e transcritas. Os nomes de pessoas utilizados neste texto são fictícios.

A escolha dos usuários/as dos serviços de saúde mental substitutivos ao hospital

psiquiátrico deu-se pelo entendimento de que o ponto de vista e as experiências desses sujeitos sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira trariam contribuições importantes para a análise a ser realizada. Do conjunto dos sujeitos que compuseram a pesquisa, foram selecionados dois para o desenvolvimento do argumento apresentado neste trabalho.

A inserção etnográfica se deu em diferentes ‘planos’ (MALUF, 2011), entre eles, o plano institucional (conferências municipais de saúde, serviços de saúde mental governamentais e não governamentais) e o plano das experiências singulares dos sujeitos (rotinas ordinárias e extraordinárias, percursos pela cidade, visitas domiciliares, idas a feiras e restaurantes, entre outros), que foram articulados na construção da análise realizada.

O trabalho de campo não foi realizado com um grupo ou em um local específico, mas com as pessoas que participavam de atividades ligadas ao chamado campo da saúde mental. Os/as sujeitos da pesquisa eram homens e mulheres adultos, em sua maioria, pertencente às classes populares urbanas, que tinham em comum o fato de frequentarem ou já terem frequentado serviços de saúde mental e fazerem ou já terem feito uso de psicofármacos. Nas duas cidades, foi solicitado, aos primeiros interlocutores, que indicassem outras pessoas que pudessem participar, tal como sugerido por Bott (1976), e, assim, foi composto o grupo de sujeitos investigados. A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética.

## Resultados e discussão

### Usuários/as entre aspas

No texto da PNSM, as pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento, aflição ou perturbação (DUARTE, 1994) são denominadas ‘pessoas portadoras de transtornos mentais’.

Tal expressão é usada no texto da política para denominar os indivíduos que deverão ter garantidos o direito a tratamento em serviço aberto, sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, à cor, ao sexo, à orientação sexual, à religião, à opção política, à nacionalidade, à idade, à família, a recursos econômicos e/ou ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou a qualquer outra.

No senso comum, tais pessoas são reconhecidas através de expressões como ‘pacientes’, ‘doentes mentais’, ‘loucas/os’, ‘birutas’, ‘doidas’, ‘tantãs’, entre tantas outras. Tais expressões se relacionam com o contexto social, cultural, ideológico, teórico em que aparecem e, em geral, refletem a maneira como tais pessoas são percebidas pelas demais.

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira, são comumente denominadas como ‘usuárias’. Tal expressão encontra respaldo no fato de elas terem sido protagonistas nos processos de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de usarem os serviços que dele fazem parte. Entretanto, além dos diferentes usos que tais sujeitos fazem dos e nos serviços, cabe salientar a sua participação em outros espaços de sustentação e execução da PNSM, tais como os conselhos de saúde e outros fóruns em que a política é gestada, como mostra, por exemplo, o trabalho de Silveira, Brante e van Stralen (2014).

O reconhecimento da importância de tais pessoas no processo da reforma psiquiátrica brasileira pode ser percebido, por exemplo, na Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, realizada em setembro de 2009, na cidade de Brasília (DF). A marcha teve como objetivo mobilizar a sociedade civil para reivindicar, junto ao governo federal, a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Para tanto, foi organizada com apoio do Conselho Federal de Psicologia e da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). A

chamada principal era ‘Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial! Brasília vai ouvir nossa voz’, em uma clara referência de que os/as usuários/as deveriam ser escutados (SILVEIRA; BRANTE; VAN STRALEN, 2014).

Como resultado de tal mobilização, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada, no ano de 2010, com a participação de outros setores além da saúde, o que agregou à tal conferência um caráter intersetorial. Com isso, a paridade na representação foi remodelada, ficando 70% para o setor saúde (dos quais, 50% para usuários, 25% para gestores e 25% para trabalhadores) e 30% para a intersectorialidade (na qual se destacaram os setores de educação, trabalho e cultura, entre outros), o que buscou garantir a ampla participação dos/as usuários/as (BRASIL, 2010).

Para Amarante (1995), a expressão ‘usuário’ surge no interior do processo de reforma psiquiátrica brasileira e pretende substituir as expressões utilizadas até então. Contudo, para o autor, em pouco tempo se percebe que a expressão ‘usuário’ remete às mesmas consequências anteriores. Então, ele não sugere outra expressão capaz de substituí-la, mas demonstra, em Torre e Amarante (2001, p. 79), como houve, no processo da reforma psiquiátrica, uma “transformação do lugar do louco como ator social, como sujeito político”.

Cecílio *et al.* (2014) argumentam sobre um agir leigo no âmbito da saúde e alegam que os usuários são sujeitos cognoscentes, cognoscíveis e produtores de seus sistemas de saúde. O conceito de leigo é pensado pelos autores como um saber advindo das experiências sociais e que não está necessariamente referenciado a uma área do conhecimento ou saber especializado.

Já Carvalho (2014) aponta que o uso da expressão ‘usuário’ em substituição a ‘paciente’, usada por profissionais e militantes da reforma psiquiátrica, remete ao uso dos serviços de saúde por uma determinada população e pretende superar a reificação e a redução de tais pessoas a uma condição patologizável. Segundo o autor, ainda assim,

com frequência alguns desses profissionais se referem a elas como pacientes.

Uma problematização desta expressão também é apresentada na ‘Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental’, que, entre outras coisas, descreve:

Utilizamos a expressão ‘usuário’, assim como se usa a expressão ‘técnicos’, para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. (CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993, P. 1).

Ao apontar para o fato de que as expressões ‘usuário’ e ‘técnico’ designam situações específicas, o texto produzido na carta faz pensar no caráter irredutível da complexidade e da integralidade das experiências dos sujeitos a qualquer tipo de denominação, bem como nas possíveis limitações que a expressão ‘usuários/as’ possa conter.

No processo de reflexão e análise dos dados da pesquisa realizada, optou-se pela expressão ‘experientes’ para fazer referência a essas pessoas. O objetivo dessa opção foi destacar a importância que as experiências singulares e institucionais mostravam ter na constituição de práticas e relações nos serviços de saúde mental e também fora deles, bem como no processo da reforma psiquiátrica de modo mais amplo. Além disso, tal opção possibilitou refletir densa e criticamente sobre a expressão ‘usuário/as’.

A ideia do uso da expressão ‘experientes’ emergiu da discussão proposta por Maluf (2010) ao propor uma abordagem antropológica do contexto das políticas de saúde mental no Brasil. A autora, na construção de seu argumento, coloca a palavra usuário entre aspas e discute a relevância da experiência social destas pessoas para o contexto da política pública de saúde mental no Brasil. Por experiência social, designa

a dimensão da vivência e produção de saberes e discursos por parte daquelas que são justamente o 'público-alvo' das políticas públicas e da atuação de profissionais e agentes de saúde [...]. (MALUF, 2010, P. 40).

Outro aporte teórico para a escolha da expressão 'experientes' adveio das considerações de Coleman (2004). O autor argumenta sobre a importância da experiência pessoal na trajetória de recuperação de pessoas com algum tipo de mal-estar mental. Para ele, as experiências das pessoas que são acometidas por algum mal-estar e também daquelas que com elas convivem e trabalham devem ser consideradas no processo de recuperação do bem-estar perdido. Estas diferentes proximidades com a experiência do mal-estar, próprio ou de outrem, são definidas pelo autor a partir de diferentes designações para as pessoas envolvidas: 'expert por experiência' (*l'esperto per esperienza*), ou seja, a pessoa que experimenta algum tipo de incômodo psíquico e 'expert por profissão' (*l'esperto per professione*), o profissional que a acompanha.

É possível, ainda, acrescentar às denominações de Coleman (2004) a expressão 'expert por convivência', para denominar as pessoas que convivem no âmbito privado com a pessoa que tem algum mal-estar, e que são reconhecidas e denominadas comumente no contexto dos serviços de saúde mental como familiares.

Considerar a experiência como uma categoria importante para a análise desenvolvida neste artigo significa admitir que essas experiências são produzidas pelos sujeitos em contextos socioculturais e históricos específicos, e não devem ser naturalizadas ou mesmo ontologizadas. Como propõe Scott (1999), é preciso analisar a natureza discursiva da experiência e sua construção política. Para a autora, os

[...] sujeitos são constituídos discursivamente, a experiência é um evento linguístico (não

acontece fora de significados estabelecidos), mas não está confinada a uma ordem fixa de significados. Já que o discurso é, por definição, compartilhado, a experiência é coletiva assim como individual. Experiência é uma história do sujeito. A linguagem é o local onde a história é encenada. (SCOTT, 1999, P. 42).

Nesse sentido, a interlocução com os sujeitos da pesquisa permitiu considerar o modo como as pessoas falavam de si no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, entendendo que não falavam apenas de si nem somente para outrem, mas também para si, como um modo de constituir tanto suas experiências quanto a si mesmos. Nas análises, buscou-se produzir um conhecimento que conjugasse as dimensões coletiva e individual de tais experiências, tal como proposto por Scott (1999).

## Experientes: um outro estatuto para os sujeitos

Os dados analisados, advindos da interlocução com usuários/as dos serviços de saúde mental sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira, permitiram, entre outras coisas, perceber que existia uma tensão entre o plano institucional da reforma psiquiátrica e aquele em que se constituem as experiências singulares e institucionais dos sujeitos que o compõem.

Além disso, o reconhecimento de tais planos diferenciados, bem como do tensionamento entre eles, indicou que, nos processos de constituição dos sujeitos nas relações estabelecidas entre os distintos atores da reforma psiquiátrica, operam diferentes lógicas e interpretações sobre os processos de adoecimento e suas terapêuticas. Assim, se por um lado podemos indicar que a interpretação biomédica é hegemônica do ponto de vista dos discursos e práticas das políticas públicas e dos serviços de saúde, por outro, do ponto de vista dos sujeitos sociais envolvidos, também é possível



afirmar que outras interpretações, sobretudo aquelas baseadas no modelo físico-moral dos nervos (DUARTE, 1988), estão presentes em suas práticas e discursos.

A partir dos diálogos estabelecidos com dois interlocutores da pesquisa, evidenciam-se alguns elementos importantes para a discussão sobre a articulação entre diferentes modelos interpretativos, práticas e discursos que conformam as experiências no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente naqueles aspectos relacionados à prescrição e ao uso de psicofármacos, e aos diferentes agenciamentos dos sujeitos em relação à medicação. Daniel, um dos interlocutores da pesquisa, narra, em uma das conversas, sua experiência com os medicamentos:

*Eu gostei muito da psicofarmacologia porque dá pra mim... agora, quando tinha o médico do convênio, eu falava com ele, eu dialogava com ele. Com o médico do SUS, não dá, é muito rápido. Então, até a gente esperar, leva aquele tempo, aquela angústia, aquela agonia... Então, como eu tenho conhecimento de psicofarmacologia, eu faço, eu mesmo, a retirada... [Pergunto:] 'Como assim, tu mesmo faz a retirada?' [Ele responde:] 'É assim, ó: o vapakene, depakene é para transtorno de humor, é para afetividade. Então, é assim... [pausa breve] Então, eu me dei mal... [pausa breve] Então, eu tiro um a menos, eu boto um a mais [...] porque o médico conhece eu, né?! Mas ele não conhece bem meu organismo [pausa breve] porque eu sei que o remédio pros nervos, ele não cura, né?! O médico sabe os sintomas, mas aí, ele dá, ele dá e ele vai saber, ele conhece pelos efeitos colaterais. Se for dar muito efeito colateral, ele tira e passa pro outro. Eu sei, é assim o esquema que funciona. Isso aí, eu sei. Mas, aí, eu fiz ali. Então, agora eu tô tomando a ziprazidona. Eu fiz uma experiência hoje de manhã mesmo, eu tava há uns dez dias, eu tava meio assim... irritado... Aí, eu fiz assim: de manhã, eu tirei um valpakene... [...]'. (fragmento do Diário de Campo)*

Cumprir dizer que Daniel era um homem que pertencia às classes populares, tinha aproximadamente 40 anos, era separado, pai de 2 filhos e com uma história de longas e sucessivas internações psiquiátricas. Considerando sua experiência com a terapêutica medicamentosa, ele entendia que o médico o conhecia, mas não conhecia seu organismo, o que também significava dizer que o médico o conhecia, mas não o suficiente para entender o seu organismo tanto quanto ele, como indica em seu relato.

Além disso, para ele, o médico reconhecia aquilo que compunha a interpretação biomédica da sua experiência: sintomas e efeitos colaterais. Já o que Daniel reconhecia era que, manejando os remédios e articulando seus conhecimentos, inclusive, o de psicofarmacologia, podia fazer tentativas de ajuste medicamentoso tal como faz o médico, que “conhece pelos efeitos colaterais. Se for dar muito efeito colateral, ele tira e passa pro outro”.

Não se trata, aqui, de fazer um julgamento sobre a terapêutica adotada nos serviços de saúde mental, ainda que isto seja muito pertinente, mas apontar como diferentes experiências conformam diferentes usos e discursos em torno dessas terapêuticas, incluindo as medicamentosas. Também não significa dizer que uma experiência tem mais valor do que outra ou, então, que o profissional e/ou os sujeitos-alvo de tal terapêutica estão mais, ou menos, autorizados a falar sobre elas. A intenção é mostrar que tanto a experiência de Daniel quanto a do médico ao qual ele se referia na conversa são atravessadas, uma pela outra, e se constituem em relações de poder, de reciprocidade e, também, de circularidade.

Como foi percebido no desenvolvimento da pesquisa, é no emaranhado das relações de poder (FOUCAULT, 2009), que fazem parte do processo da reforma psiquiátrica, que é possível reconhecer a emergência de experiências e de sujeitos capazes de estabelecer outras possibilidades de relacionamento. Assim, não se trata de reificar um

lugar comum e estático reservado aos usuários/as e/ou aos profissionais que com eles convivem, mas de considerar que o tensionamento de diferentes interpretações acerca das experiências de sofrimento psíquico produz e é produzido por conhecimentos e configurações de valores que precisam ser reconhecidos. Segundo Cardoso, Oliveira e Piani (2016, p. 97),

todos os atores envolvidos no processo de cuidado criam condições, estratégias e espaços de participação, possibilitando a discussão e a problematização de todas as questões que envolvem o contexto e o cotidiano implicados no cuidado.

Nesse sentido, o estatuto do sujeito que predomina nas relações estabelecidas nesse contexto é dado prioritariamente pelo discurso biomédico. É o discurso biomédico que determina, por exemplo, as categorias a partir das quais esses sujeitos serão definidos ou classificados: usuários/as, profissionais, familiares etc. E, particularmente em relação aos usuários/as, essa definição é dada, sobretudo, através da prescrição diagnóstica. Contudo, percebe-se que essas são, também, categorias precárias, uma vez que um sujeito pode ser usuário, familiar e, em alguns casos, profissional da saúde mental, ao mesmo tempo. Tais classificações podem ser conjugadas de várias maneiras. Quanto aos usuários/as, alguns conseguem romper com a prescrição dada pelo diagnóstico, e até fazer deslocamentos, ainda que precários, a partir de alguns requisitos, como saber falar em público, pertencer a uma classe social mais favorecida economicamente e compartilhar um conjunto de expressões/palavras tidas como 'científicas', tal como a nomenclatura médica, por exemplo.

Dessa maneira, seria possível pensar que todas as pessoas, em suas diferentes posições nesse contexto, são experientes, visto que, cada uma à sua maneira e em circunstâncias específicas, experimenta-se em suas

relações com e no mundo. Como sugeriu Coleman (2004), uma é *expert* por profissão; a outra, *expert* por experiência. Entretanto, entende-se que tais experiências são históricas e dotadas de sentidos assim situados. Tal como se percebe no relato de Daniel, sua experiência se constituiu a partir da articulação dessas diferentes condições e da sua aproximação com o modelo de interpretação biomédica, porque ele já observou e percebeu “*como o esquema funciona*”. Sendo assim, sua experiência é, como sugeriu Scott (1999, p. 48), “ao mesmo tempo, já uma interpretação e algo que precisa de interpretação”. Interessa, aqui, analisar como o que Coleman define como *expert* ‘por experiência’ – em especial, o chamado usuário do sistema de saúde, diagnosticado e em tratamento – constitui seu próprio saber e suas próprias teorias sobre essa experiência e sobre as relações que se estabelecem entre eles, profissionais, instituições e, mesmo entre eles e as terapêuticas utilizadas.

Outro diálogo ocorrido durante o trabalho de campo também ajuda nessa discussão. Na conversa com Mateus, outro interlocutor, homem jovem, de aproximadamente 25 anos, negro, pertencente às classes populares, ele contou sobre sua primeira internação em um hospital psiquiátrico e falou das lembranças ruins que tinha daquele período. Ele disse que já havia percorrido diversos serviços de saúde mental depois que saiu do hospital psiquiátrico, e já tinha feito uso de medicamentos de todos os tipos e terapêuticas diversas (incluindo as de ordem religiosa), até que, em um determinado momento de sua vida, uma psiquiatra lhe prescreveu um medicamento que fez com que se sentisse melhor. Ele não sabia dizer exatamente o que a psiquiatra tinha avaliado, tampouco a que saber específico tinha recorrido para tal prescrição. O que sabia era que ela havia lhe feito uma prescrição medicamentosa que havia aliviado seus sintomas.

Diante de suas experiências, Mateus entendia que a prescrição e a gestão do uso

dos medicamentos era uma experimentação, tanto para os/as usuários/as como para os/as prescritores/as. Nesse sentido, ambos estariam no mesmo patamar de experimentação, distintos apenas na especificidade e na hierarquia de seus saberes. Ele disse:

*O médico ainda tem um poder muito grande, e eu acho que, em psiquiatria, por mais que ele saiba, ele também não sabe muita coisa. Eles fazem um laboratório com a gente, eles vão dando esse remédio, esse remédio... Ah, se funciona, tudo bem! Se não, eles tentam...*

O argumento de Mateus indica uma problematização do saber psiquiátrico (FOUCAULT, 1997). Ele reconhece que ‘o médico tem um poder muito grande’, mesmo que esteja no mesmo patamar de experimentação que os/as usuários/as, uma vez que ‘ele também não sabe muita coisa’. Seu argumento também aponta que, tal como propôs Foucault (1997), o saber psiquiátrico, ao instituir, em determinado momento histórico, a doença mental como seu objeto, pressupõe que ela deveria ser submetida a um tratamento que lhe correspondesse. Entretanto, para Mateus, tanto o saber psiquiátrico quanto a terapêutica medicamentosa se ocupam de objetos imprecisos e, por isso, demandam um exercício de experimentação. Neste sentido, usuário/a e profissional partilham experiências e experimentações, a partir de diferentes discursos, modelos interpretativos e em processos relacionais.

Como discutido até aqui, esses processos são constituídos em relações de poder, e é no contexto destas relações de poder que a experiência de sujeitos acometidos por algum tipo de sofrimento, aflição ou perturbação tende a ser objetivada e naturalizada como um evento estritamente biológico. Compreender essa dimensão é importante para admitir que a complexidade e a singularidade das experiências sejam contempladas no âmbito da política pública de saúde mental, especialmente em sua execução

nas práticas assistenciais. Caso contrário, a descoberta dos psicofármacos, por exemplo, poderá determinar outra relação dos/as usuários/as com as instituições (possibilitando, de acordo com algumas interpretações, a desospitalização), mas não desencadeará mudanças nessas relações de poder, uma vez que o ‘louco’ seguirá sendo o ‘louco’ e suas experiências acabarão sempre sendo interpretadas a partir de uma razão psicopatológica, como apontou Basaglia (2005).

A discussão sobre o uso de psicofármacos é complexa, tensa e intensa, e sua análise ultrapassa os limites e objetivos deste artigo. Ainda assim, destaca-se que a terapêutica medicamentosa esteve presente de forma significativa no contexto investigado e, tal como mostram os relatos apresentados, ela não está reduzida à prescrição, à gestão e aos seus usos, mas também a questões de poder e controle mais amplas.

Mesmo considerando a importância dos psicofármacos como uma das terapêuticas possíveis no contexto da assistência psiquiátrica, a manutenção de sua centralidade no contexto da reforma psiquiátrica brasileira precisa, no mínimo, ser relativizada. Outrossim, parece interessante pensar em como uma política pública, que pretende apostar no sujeito e em sua autodeterminação (ou ‘autonomia’, tal como aparece nos discursos em torno dos processos de desinstitucionalização ou desospitalização), na subjetividade e na palavra, ainda investe subjetiva e materialmente nos psicofármacos, representantes de um regime eminentemente farmacológico, objetivante e redutor da experiência social e subjetiva dos sujeitos.

Uma das possibilidades de reflexão sobre esse aspecto encontra respaldo em Foucault (2009). Ao apresentar uma história das práticas coercitivas como dimensão política, o autor mostra que as mesmas, agenciadas por uma micropolítica constituída na maquinaria institucional, além de produzirem relações de submissão, fabricam corpos dóceis e corpos/máquinas que interessam

aos jogos de poder da sociedade, tal qual se inscreve no ponto de vista da economia e da política. Assim, o poder não exerceria apenas a função de repressão e exclusão, pois seria muito frágil. O poder é dotado de uma positividade que, ao contrário de impedir o saber, o produz, a ponto de transformar aquilo que seria um ‘movimento de controle-repressão’ em ‘controle-estimulação’ (FOUCAULT, 2009). Assim, sendo o sujeito o alvo da manifestação desses micropoderes, é possível observar que a terapêutica medicamentosa, para além de um aparente cuidado médico, remete às diferentes faces do poder e do controle.

No contexto investigado, foi possível perceber que, de alguma maneira, em meio às transformações da assistência psiquiátrica no Brasil, se deixou de controlar os loucos através do aparato asilar, na sua estrutura física – ou seja, entre os muros dos hospitais psiquiátricos – e se passou a controlar a ‘loucura’ (ou, do ponto de vista biomédico, a doença) através do imperativo da terapêutica medicamentosa.

Contudo, as análises apontam para a relevância das experiências desses sujeitos-usuários/as dos serviços e da biomedicina, denominados aqui ‘experientes’. Tal como foi percebido, é através destas experiências que vão se constituindo estratégias capazes de subverter e/ou possibilitar outras aproximações com o sofrimento e as aflições, e suas possíveis terapêuticas. Considerar com seriedade tais experiências permite ampliar a compreensão das relações de poder presentes no contexto da reforma psiquiátrica brasileira e conferir um estatuto epistemológico ao saber produzido pelos sujeitos.

Reconhecem-se, também, outras experiências que auxiliam nessa discussão, algumas adquirindo uma dimensão mais coletiva e mesmo institucionalizada, como a do Movimento dos Ouvidores de Vozes (*Hearing Voices Network*). Ao apoiar-se na experiência dos sujeitos, o movimento busca romper com a hegemonia do modelo biomédico e construir estratégias de

enfrentamento à experiência de ouvir vozes. Tal como apontam Romme *et al.* (2010), o movimento dos ouvidores de vozes surgiu na Holanda, em meados dos anos 1990. Nos anos seguintes, se desenvolveu no Reino Unido, onde o movimento é muito forte, e também na Alemanha, na Itália e em outros países europeus. Tal movimento realiza encontros regionais, nacionais e internacionais, e baseia-se, sobretudo, na formação de grupos de ajuda mútua, coordenados tanto por profissionais como por ouvidores de vozes.

Segundo Cardano e Lepori (2013), um ponto central para os ouvidores de vozes é o fato de rejeitarem a etiqueta de ‘loucos’, de ‘esquizofrênicos’ e proporem para si mesmos serem ‘ouvidores de vozes’, ou seja, pessoas dotadas de certa capacidade e portadoras de uma experiência singular, a de ouvir vozes. Tais grupos tendem a valorizar, desta forma, as experiências e os conhecimentos dos sujeitos, seja em suas experiências nas redes de sociabilidade individuais, seja na rede institucional, constituída por um movimento internacional que os agrega.

Nesse sentido, o movimento confere visibilidade aos sujeitos, legitimidade às suas interpretações sobre a experiência de ouvir vozes e, de certa forma, impacta a política pública nos países em que se desenvolve. Ao considerar as estratégias destes sujeitos para enfrentar a experiência de ouvir vozes, o movimento propõe que os ouvidores devem reconhecer/aceitar suas experiências com as vozes, buscar estratégias para lidar com elas, tentando compreender seus significados e suas origens. Muitos sujeitos ouvidores de vozes recorrem aos cuidados biomédicos, fazem uso de psicofármacos; outros não, tal como apontam Romme *et al.* (2010), Cardano e Lepori (2013) e Coleman (2004).

No Brasil, os estudos de Barros e Serpa Jr. (2014) e Muñoz (2009) também apontam para a importância de considerar a experiência vivida pelos sujeitos que ouvem vozes. A partir de pesquisas inspiradas na experiência holandesa de grupos de ouvidores de vozes,

os/as autores/as destacam, entre outros aspectos, a importância de

[...] dar voz aos que ouvem vozes como uma estratégia clínica que não está desarticulada da política, pois tem no horizonte o objetivo de disponibilizar um saber-fazer com as vozes para todos que dele precisarem. (MUÑOZ, 2009, p. 8).

Além disso, apontam para o fato de que, diante da possibilidade de estabelecer outras relações com tal experiência,

[...] muitas pessoas ouvidoras de vozes não se incomodam com elas ou já encontraram suas próprias maneiras de lidar com elas fora da assistência psiquiátrica. (BARROS; SERPA JUNIOR, 2014, p. 567).

Tal como discutido até aqui, o reconhecimento da importância das experiências dos sujeitos e do saber produzido por eles na busca do alívio de seus sofrimentos possibilitaria um diálogo profícuo entre os diferentes protagonistas da reforma psiquiátrica brasileira e uma ampliação da compreensão da mesma.

## Considerações finais

Considerando as análises realizadas durante a pesquisa e as discussões aqui apresentadas, buscou-se argumentar que priorizar a experiência de pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento, aflição e/ou perturbação, que buscam os serviços de saúde mental, permite vislumbrar aspectos importantes

da reforma psiquiátrica brasileira a serem problematizados, tais como os diferentes saberes produzidos nesse contexto.

Entende-se que tal problematização operaria um deslocamento importante dos sujeitos-usuários/as nas relações estabelecidas nos serviços de saúde mental e permitiria que o conhecimento produzido por eles em suas experiências de adoecimento e tratamento fosse agregado aos demais saberes já instituídos.

Recorreu-se ao conceito de experiência para argumentarmos que a expressão ‘experientes’ abrange aspectos que se referem às possibilidades abertas pela reorientação da assistência psiquiátrica no Brasil, não contempladas na expressão ‘usuário/a’. A ideia também foi demonstrar que existem outras posições a serem conquistadas por tais sujeitos, em suas relações, entendendo que eles fazem muito mais do que apenas ‘usar’ os serviços de saúde mental. É através das experiências que os conduzem aos serviços, bem como dos ‘usos’ que fazem dos mesmos, que tais sujeitos se constituem e constituem os serviços.

Entretanto, não se trata de uma mera substituição de uma expressão por outra que pareça mais correta, mas de uma incorporação do saber produzido pelos sujeitos em suas experiências nos serviços de saúde mental. Entende-se que é necessário instituir, no âmbito da política pública de saúde mental, um modo de relação capaz de considerar com seriedade as experiências destas pessoas e, assim, atribuir um estatuto epistemológico ao conhecimento produzido por elas. ■

## Referências

- AMARANTE, P. D. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BARROS, O. C.; SERPA JUNIOR, O. D. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 557-569, jul./set., 2014.
- BASAGLIA, F. Corpo e istituzione. In: BASAGLIA, F. O.; GIANNICCHEDDA, M. G. (Org.). *L'utopia della realtà*. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi, 2005. p. 100-113.
- BOTT, E. *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- BRASIL. 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Resolução nº 433, de 14 de janeiro de 2010. Solicita ao Ministro da Saúde a convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, Interministerial, com realização até junho de 2010, objetivando fortalecer o debate da Saúde Mental no SUS. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 8 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2017.
- CARDANO, M.; LEPORI, G. *Udire la voce degli dei*. L'esperienza del gruppo voci. Milano: Franco Angeli, 2012.
- CARDOSO, M. R. O.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 86-99, abr./jun. 2016.
- CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. Santos, 1993. Disponível em: <[www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3721](http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3721)>. Acesso em: 16 jun. 2015.
- CARVALHO, M. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 81-105.
- CECÍLIO, L. C. C. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.
- COLEMAN, R. *Lavorare per guarire*. Carcare: Magema & Cooperativa sociale "Il Casello", 2004.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, fisicomoral. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 83-90.
- FOUCAULT, M. *História da loucura: na idade clássica*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2009.
- MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-67.
- \_\_\_\_\_. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, 2011. Disponível em:

<<http://apm.ufsc.br/files/2011/05/124.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

MUÑOZ, N. M. *Na polifonia de uma orquestra: uma pesquisa clínica com grupos sobre a experiência alucinatoria*. 2009. Disponível em: <[http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio\\_metodo\\_clinico/MR/MR01.2.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio_metodo_clinico/MR/MR01.2.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2016.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 130-138.

ROMME, M. *et al. Vivere con le voci: 50 storie di guarigione*. Milano: Mimesis Edizione, 2010.

SCOTT, J. Experiência. In: SILVA, A.; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (Org.). *Falas de Gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Mulheres, 1999. p. 21-55.

SILVEIRA, A. R.; BRANTE, A. R. S. D.; VAN STRALEN, C. J. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 783-793, 2014.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. D. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

WETZEL, C. *Avaliação de serviço de saúde mental: a construção de um processo participativo*. 2005. 290 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

---

Recebido para publicação em outubro de 2016

Versão final em fevereiro de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: CNPq (Processo nº 140752/2011-0) e INCT Brasil Plural



# Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

*Harmful effects of the work process in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center*

Kallen Dettmann Wandekoken<sup>1</sup>, Maristela Dalbello-Araujo<sup>2</sup>, Luiz Henrique Borges<sup>3</sup>

**RESUMO** Este artigo analisa de que forma os trabalhadores vivenciam os efeitos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad). Foram realizadas observações, entrevista coletiva e entrevistas em profundidade com os trabalhadores. Entre os efeitos, destacaram-se desgaste, adoecimento, impotência de ação e esgotamento. Conclui-se que estes afetam a capacidade de agir, já que, para colaborar na produção do sentido de vida do outro, em muitos casos, o trabalhador não oferta nada para si, e isto os leva ao que Merhy chama de combustão.

**PALAVRAS-CHAVE** Serviços de saúde mental. Recursos humanos. Esgotamento profissional.

**ABSTRACT** This article analyzes how workers experience the effects of the work process in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center (Capsad). Observations, collective interview and in-depth interviews with workers were carried out. Among the effects, the most notable were wear, sickness, powerlessness of action and exhaustion. It is concluded that these affect the capacity to act, since, in order to collaborate in the production of the meaning of life of the other, in many cases, the employee does not offer nothing for himself, and this leads them to what Merhy calls combustion.

**KEYWORDS** Mental health services. Human resources. Professional exhaustion.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Enfermagem - Vitória (ES), Brasil.  
kallendw@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Vitória (ES), Brasil.  
dalbello.araujo@gmail.com

<sup>3</sup>Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória (ES), Brasil.  
luiz.borges@emescam.br

## Introdução

À medida que a sociedade ocidental se desenvolvia, frente às transformações ocasionadas pela revolução industrial, o trabalho foi colocado como mercadoria principal e indutora do processo de acumulação capitalista. Assim, o trabalho passou a ser elemento central no entendimento da sociedade e do indivíduo na dinâmica social (CARDOSO, 2011).

Para Marx (1996, p. 297), o trabalho é

um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza.

Para o autor, a sobrevivência humana depende da interação do indivíduo com a natureza, de modo que os elementos desta são modificados sempre com um propósito, uma finalidade. Assim, o processo de trabalho é uma condição da existência humana e é por meio dele que o homem se constitui, social e culturalmente. Ele ainda esclarece que o processo de trabalho é a atividade humana (gasto de energia) que transforma matéria-prima em produto, a partir do uso de meios e instrumentos. Entende-se que a história da humanidade passa pelo trabalho e pelas transformações que ele realiza, de forma que compreender o processo de trabalho se torna importante para a compreensão da sociedade e das relações sociais, inclusive no contexto do trabalho na área da saúde.

No Brasil, teóricos como Maria Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves foram pioneiros ao introduzir a teoria marxista no campo da saúde. Mendes-Gonçalves (1992) formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, que se refere ao modo de organização dos serviços, a fim de atender às necessidades de saúde dos usuários, ou, ainda, diz respeito à configuração e ao reconhecimento de novas necessidades. Corroborando essa ideia, Peduzzi e

Schraiber (2008, p. 323) afirmam que processo de trabalho em saúde

diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Assim, segundo Faria e Dalbello-Araujo (2010), a finalidade do processo de trabalho em saúde seria, por exemplo, a cura, a reabilitação e a promoção da saúde, que coexistem em diferentes formas de produção de cuidado. Ressalta-se que, com base em Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010), a produção do cuidado deve ser compartilhada por todos os trabalhadores de um serviço de saúde, uma vez que a todos são válidos os atos de acolhimento e de escuta, o mostrar-se interessado, de forma a possibilitar o encontro que seja de conforto, a partir de olhares diferenciados. Campos (2007, p. 22) afirma, ainda, que “o trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo”.

Esses encontros são, dessa forma, essenciais no processo de trabalho em saúde, e particularmente importantes nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad), uma vez que este é um serviço de referência na rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, tendo como base as atividades terapêuticas e preventivas à comunidade (BRASIL, 2003). Logo, são várias as possibilidades de atividades a serem oferecidas pelos Capsad, tais como o atendimento individual, que inclui a medicação; a psicoterapia; a orientação; as atividades em grupo; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares etc. (BRASIL, 2003). Atividades essas que se baseiam em relações interpessoais e no encontro entre trabalhador e usuário.

Além disso, trabalhadores de Capsad vivenciam uma contradição entre duas políticas: a Política Nacional sobre Drogas ligada à Segurança Pública (BRASIL, 2002) e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool

e outras Drogas, com foco na saúde pública, ressaltando a necessidade da diversidade e da pluralidade de ações neste campo (BRASIL, 2003). Tal situação impacta negativamente no trabalho a ser realizado no Capsad, dificultando as relações interpessoais, que são essenciais ao cuidado (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015).

A temática da dependência química está diretamente vinculada a questões sociais, como a criminalidade, a prostituição, a situação de rua, o tráfico de drogas, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), entre outras (KESSLER; PECHANSKY, 2008). Fato é que o profissional dedicado à assistência ao usuário de substâncias psicoativas não deve se preocupar apenas com o uso de drogas, redução de danos e/ou abstinência, mas deve percebê-lo como um indivíduo que tem uma história, uma trajetória, desejos, crenças, valores e potencialidades, o que torna este trabalho ainda mais complexo.

Tendo isso em vista, neste artigo, analisam-se os efeitos danosos identificados pelos trabalhadores no processo de trabalho de um Capsad.

## Métodos

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com todos os 28 trabalhadores do serviço, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistente administrativo, motorista, recepcionistas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, farmacêutico, educadores físicos, terapeuta ocupacional, gerente, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e médicos, visto que todos intervêm na produção do cuidado do serviço de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Para a escolha do local da pesquisa, foram analisadas as informações municipais recentes das sete cidades da região metropolitana onde foi realizada a pesquisa a respeito da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Optou-se, assim, por pesquisar um município de 420 mil habitantes, com apenas um Capsad. Como o foco estava em

analisar os efeitos vivenciados pelos trabalhadores, tal escolha se deu pela crença de que a precariedade da rede de atenção em álcool e drogas contribuía para esses achados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e abril do ano de 2014, a partir de três técnicas: observação do cotidiano, das reuniões de equipe e das assembleias com os usuários; entrevista coletiva; e entrevistas em profundidade. A técnica de observação foi importante para identificar os comportamentos não intencionais ou as reações sutis e, dessa forma, explorar questões que as pessoas não se sentem à vontade para discutir, permitindo registrar o comportamento no contexto em que ele ocorre (DALBELLO-ARAUJO, 2008). Conforme Dalbello-Araujo (2008), a entrevista coletiva é usada quando se pretende facilitar o acesso aos diferentes pontos de vista dos participantes. A entrevista em profundidade foi utilizada com 13 trabalhadores, tendo como questão de partida 'O que você acha de trabalhar aqui?'. Todos os dados foram transcritos e discutidos com a utilização da técnica de análise temática (BARDIN, 2009).

Ressalta-se que os participantes assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através do qual tiveram a garantia do sigilo de identidade e das informações prestadas. Assim, a identificação dos trechos selecionados aconteceu de três formas: 'Trabalhador' ou 'Trabalhador em roda', quando teve relação com depoimentos; e 'Diário de campo', quando o trecho de observação da autora baseou-se na observação do cotidiano.

Foram atendidas as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada a pesquisa, sob o nº 16771113000005060, pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados e discussão

Entre as tantas questões observadas no campo de pesquisa, evidenciaram-se

diversas dificuldades apresentadas pelos trabalhadores para entenderem os acontecimentos do seu exigente ofício. Destaca-se o fato de o cotidiano de trabalho ser marcado por intensas demandas de cuidado, por parte dos usuários com sintomas de abstinência ou em crise. Isto torna o fazer árduo, de forma que, entre os efeitos estão o desgaste, o medo, o adoecimento, o sentimento de inutilidade e a impotência de ação, que acabam levando ao esgotamento. Esses efeitos produzem o que Merhy (2004) descreve como combustão. Ainda conforme Merhy (2013), a combustão é o efeito decorrente dos fazeres no trabalho em saúde, que consomem vida em ato (no momento em que o trabalho é realizado), uma vez que o trabalhador, ao realizar o cuidado em saúde, deve ofertar o trabalho vivo para dar sentido à vida do outro. Assim, para auxiliar na produção do sentido de vida do outro, oferecendo energia vital, em muitos casos, ocorre o consumo do trabalhador quando, em não restando nada para si, ele, de fato, entra em combustão. Ao experimentar estes efeitos, o trabalhador não vislumbra possibilidades para gerar mudanças no trabalho, de forma que vivencia um distanciamento afetivo (paralisia e automatismo). Tal conceito se vincula à especificidade do trabalho em saúde, visto que, para o autor, este esforço de dar sentido à vida de outro, emprestando-lhe o desejo, pode levar à combustão, quando não são tomadas medidas de compartilhamento e análise do processo de trabalho.

Vale a pena ressaltar, entretanto, que esta ideia em muito se assemelha ao conceito de sofrimento psíquico postulado por Dejours (1994), que vem, desde 1980, estudando, sobretudo no trabalho fabril, os efeitos da organização industrial para os trabalhadores, visando a uma melhor compreensão da dor e do sofrimento. Também faz eco à síndrome de *Burnout*, uma das consequências do estado de constante tensão emocional e estresse crônico provocado por condições de trabalho desgastantes, estudada no Brasil, especialmente entre professores (CARLOTTO, 2002).

Para a organização da discussão, seguindo

o referencial da análise temática (BARDIN, 2009), os dados coletados foram divididos em categorias, conforme os efeitos identificados: o desgaste, o medo, o adoecimento, o sentimento de inutilidade, a impotência de ação e o esgotamento.

## Desgaste

*O grupo exige muito, é cansativo [...] No grupo, é preciso ficar atenta a tudo ao que acontece.* (Trab3).

*O serviço no Capsad é muito desgastante, 'suga muito'.* (Trab8).

*É muito difícil trabalhar com adolescentes... é preciso ter habilidade para manejar o grupo. O trabalho acaba sendo mais desgastante, você fica muito cansado.* (Trab6).

*É muito cansativo, a cabeça fica cansada. É igual quando você está estudando muito e parece que o corpo também dói. Tem dia em que chego exausto em casa.* (Trab2).

Como se vê, o desgaste foi evidenciado em várias circunstâncias de trabalho no Capsad, seja ao coordenar um grupo com adultos, com adolescentes ou no serviço cotidiano. Observa-se que, em todas as situações elencadas, o encontro com o outro foi essencial, de forma a exigir do trabalhador o estabelecimento de relações interpessoais e o envolvimento de sua subjetividade (MERHY, 2002), o que representa fonte de desgaste, nos depoimentos.

Para Onocko e Campos (2006), o desgaste de um trabalhador da saúde é grande, uma vez que este se encontra em permanente contato com a dor e com o sofrimento. Os autores afirmam, ainda, que os trabalhadores da saúde não percebem que gastam suas vidas na defesa da vida dos outros. Assim, o desgaste é um sinal de

combustão, como se observa na fala “[...] parece que o corpo também dói. Tem dia que chego exausto em casa” (Trab4).

## Estresse

*Tem que ter muito equilíbrio para lidar com os pacientes de dependência química porque eles são muito instáveis, é muito difícil. Igual ao dia em que eu me estressei muito, o paciente manipulador... me acusava de ter solicitado a internação dele para o Capsad se livrar dele [...] Eu me estressei muito, sabe? Lidar com dependência química é muito difícil. (Trab12).*

No depoimento, observa-se que as situações de instabilidade dos usuários, inerentes ao tratamento da dependência química, são fontes de estresse para os trabalhadores, uma vez que vivenciam estas situações diariamente. Assim, a afirmação “*você tem que ser uma pessoa muito equilibrada*” (Trab1) destaca que vivenciar estas situações é, de fato, difícil e requer certo preparo do trabalhador para que não haja a combustão.

Há, também, como no caso abaixo, o estresse proveniente das relações interpessoais entre os trabalhadores:

*O trabalhador, então, quis me falar sobre uma reunião em que ele ‘explodiu’. Disse que, por falta de comunicação da recepção, ele passou por uma situação constrangedora, em que o paciente psiquiátrico reclamou de sua conduta na gerência [...] Até socou a mesa e alterou a voz para mostrar sua indignação. (Diário de campo).*

Qualquer trabalhador está sujeito a vivenciar episódios em que há conflitos na comunicação entre os membros da equipe. Entretanto, o relato acima ressalta uma indignação frente ao fato ter ocorrido repetidas vezes, ainda mais se relacionando ao cuidado em saúde mental, que demandaria maior atenção e empatia. Como se observa, o trabalhador diz ter ‘explodido’ e ter socado a

mesa – sinais claros de combustão.

Nesse ponto, destaca-se que a produção do cuidado no Capsad é pautada no encontro e no estabelecimento de vínculos, no entanto, a combustão não favorece esta produção e, assim, implica em dificuldades no encontro entre trabalhador e usuário.

## Medo

Tal feito foi ressaltado por aqueles que realizam atividades externas, tais como levar os usuários da atenção diária para passeios:

*[...] ‘é preciso dois profissionais para levá-los [os pacientes], já que é perigoso um sozinho’. O outro disse: ‘Eu tenho medo de sair de carro com eles... não sei o que podem fazer, quem eles podem encontrar na rua’. Já outro disse: ‘O que pode acontecer fora, acontece aqui dentro [no Capsad] também’. (Trabalhadores em roda).*

Ressalta-se a frase “*O que pode acontecer fora, acontece aqui dentro também*”, uma vez que amplia as situações de medo e, assim, de combustão, devido à exigência de permanência em estado de atenção. Grande parte dos depoimentos relacionados ao medo se referiu à atividade de internação compulsória, como descrito abaixo:

*[...] quem está na internação compulsória está correndo risco de morte, pois não se sabe se o paciente está com uma faca! Você ‘tá na frente da batalha. (Trab13).*

*Mas, eu sei que é muito perigoso, tem muito risco pr’a gente, porque a gente não sabe se o cara ‘tá armado, né?, como ele está. Não tem uma escolta, nada... Teve o caso de um usuário, que a gente foi internar e que ele fazia sinal de que queria se cortar, cortar os punhos. Ficamos morrendo de medo. Eu disse: ‘Já pensou se ele pega uma faca e tenta se matar? O que a gente vai fazer?’, e X disse: ‘O pior é se ele pega uma faca e tenta nos matar, né?!’. (Trab5).*

Segundo Merhy (2013, p. 222), os trabalhadores produzem “alívio nos outros, mas não têm nenhum alívio para olhar e repensar o trabalho”. Neste sentido, é imprescindível que existam formas de alívio para tais trabalhadores, de modo a aumentar-lhes a capacidade de agir. Há que se pensar em formas de articular a rede intersetorial, de modo que haja maior segurança, e também em criar meios de problematização das práticas para que esses trabalhadores articulem ferramentas frente às demandas da internação compulsória.

Aponta-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um possível caminho para a transformação da produção do cuidado. A partir da EPS, o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano do serviço (BRASIL, 2004). Compreende-se, assim, que a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é atual e sua implantação se faz necessária, mas sabe-se que, para que isto ocorra, é preciso o envolvimento de trabalhadores e de gestores. Ressalta-se, ainda, que a EPS se constitui em estratégia para a reorganização do processo de trabalho com base na problematização, ou seja, vai muito além da ideia de oferta de capacitações e cursos, e é uma proposta de transformação frente a todos os efeitos que serão vistos a seguir.

### Impotência de ação

A ‘impotência de ação’ aparece sempre que os profissionais alegam que não há nada a fazer para melhorar o atendimento burocratizado, e não humanizado, realizado por alguns dos trabalhadores: “[...] isso é muito ruim para os pacientes! Ficamos inconformados! Mas vamos fazer o quê? X [a gestão] diz que é assim mesmo” (Trabalhadores em roda).

Constata-se, assim, que as situações de impotência se expressam nas relações interpessoais – seja entre trabalhador e usuário ou entre os próprios trabalhadores – e nas relações intersubjetivas – relacional e afetiva. Há, aparentemente, consciência

dos problemas e certo desejo por mudança – entretanto, extremamente limitado – para alterar a situação.

No depoimento acima, percebe-se, ainda, certa paralisia diante da impotência. Parece que o diálogo e a escuta não foram considerados como possíveis ferramentas de mudanças frente às condutas do profissional em questão. Por isto, a espera por uma atitude da gestão. E além disto, a gestão, personificada na pessoa da diretoria, está sempre distante da assistência. Com este quadro, é muito difícil se atentar para as demandas do usuário e estabelecer “um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar”, como postulado por Merhy (2002, p. 82).

Em outra oportunidade, os trabalhadores relataram a impotência de ação diante de um caso:

*Outro ponto de pauta foi o ‘caso do usuário X’. Neste momento, um profissional – técnico de referência de X – disse que não queria mais essa função, pois achava que já não dava conta da demanda e que não acrescentava mais ao paciente. (Diário de campo).*

A princípio, concorda-se com Merhy (2002) quando ele defende que deve haver, nas equipes, os profissionais de referência para cada usuário, de forma que os trabalhadores desenvolvam vínculos mais estreitos e, assim, interpretem melhor suas demandas. Porém, como se observa, as situações de impotência parecem implicar em uma situação de paralisia, na qual o trabalhador prefere até deixar de exercer sua função por não saber o que fazer. Ressalta-se que tal desistência não foi sequer analisada pelo grupo que optou pela troca do trabalhador que exercia a função de técnico de referência do usuário em questão.

A paralisia observada parece decorrer da combustão vivenciada pelos trabalhadores, refletida na falta de implicação da equipe frente à produção de cuidados. Assim, pode ser questionada a existência, neste serviço,



de sujeitos militantes, como descrito por Merhy (2004). Para nós, estar implicado é ser ativo, é se colocar como alguém que afeta e é afetado, como alguém que produz e que é produzido; se colocar como um trabalhador, como um sujeito. É preciso abrir passagem para novos sentidos, até porque, neste contexto, a repetição já não funciona mais.

Ao discutir sobre a impotência, é preciso ressaltar que, segundo Merhy (2002, p. 61), o trabalhador tem um alto grau de liberdade na produção do cuidado em saúde, de forma a exercer certo autogoverno de suas práticas. Assim, para o autor, considerando a micropolítica do trabalho vivo, não cabe a noção de impotência, uma vez que, se

o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre 'atravessado' por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar.

Neste sentido, deve-se considerar que a criatividade é uma das possibilidades para tornar os trabalhadores menos impotentes, de forma que possam inventar novos processos de trabalho.

## Sentimento de inutilidade

*[...] quando vim pra cá [para o Capsad], me senti inútil... a dinâmica é bem diferente do hospital porque, no hospital, você tem que ficar o tempo todo em atenção, porque, em um momento, pode estar tudo bem e, em outro, cai um ônibus, tem um acidente, e aí, lota o pronto socorro. [...] trabalhar com álcool e drogas é difícil porque eu não aguento não falar o que penso [...] Às vezes, vem um paciente que quer falar comigo, quer desabafar... e eu não aguento, não! Eu falo o que eu penso e pronto! (Trab11).*

Percebe-se que o sentimento de inutilidade vivenciado pelos trabalhadores se relaciona ao seu fazer muito distinto dos procedimentos e técnicas hospitalares,

conforme descrito por Merhy (2002). Segundo Franco e Merhy (2005), há ideias que associam a complexidade tecnológica à qualidade do cuidado, configurando a ilusória imagem de resolutividade. Sabe-se, no entanto, com base nestes autores, que o processo de trabalho mais relacional implica em alta sofisticação e exige grande energia por parte dos trabalhadores. Até porque esta complexidade se baseia nas redes de relações focadas nos saber-fazer dos trabalhadores e não no aporte tecnológico. Assim, concorda-se que o olhar atento, a escuta, o toque operam em conjunto com os saberes e, sem dúvida, colaboram na constituição de maior resolutividade do trabalho em saúde (FRANCO, 2013).

Além dessas questões, percebe-se, no depoimento, certo sofrimento e, de fato, a combustão, quando o trabalhador afirma *"Eu não aguento não falar o que penso"*. Esta fala aponta que o trabalhador parece não ter implicação com a escuta, no encontro com o outro, e que ele apenas suporta vivenciar esses encontros no cotidiano de trabalho, o que repercute na produção de um cuidado menos acolhedor.

## Adoecimento

*Disseram que muitos ali vivenciam processos de adoecimento devido à demanda e pelas condições de trabalho; que não é só o salário. (Diário de campo).*

*[...] meu problema de audição é genético, mas, com certeza, foi piorado devido ao estresse e ansiedade. Principalmente, pelas dificuldades de relacionamento com a equipe. (Trab2).*

*[...] o motivo de eu ter ficado de atestado nesse tempo tem muito a ver com o Capsad... eu não estava aguentando mais. (Trab9).*

Foram vários os depoimentos que apontaram



o adoecimento como um efeito do processo de trabalho no Capsad. Sabe-se que o trabalho, por si só, não é fator de adoecimento, mas, sim, determinadas condições e contextos nos quais é realizado, o que pode implicar em situações que interferem diretamente na produção do cuidado e só reforçam a constatação de que a combustão é vivenciada no cotidiano de grande parte dos trabalhadores do serviço. Assim, ressalta-se a necessidade de serem pensadas formas de gerar alívio aos trabalhadores para que estes produzam vida em si (para ofertar ao outro) e para si (para ofertar a si), conforme Merhy (2013).

Já um efeito, e único identificado, que tem a ver com o aumento da capacidade de agir é a ‘realização profissional’, mencionada por alguns trabalhadores:

*É muito bom quando você vê o paciente, você vê a mudança dele... isso traz realização, sabe? O envolvimento que tem aqui, ele é muito intenso... tanto pro que é positivo quanto pro que é negativo... é tudo muito intenso... muito forte... então, eu gosto disso, sabe? É como se eu me sentisse mais viva! (Trab4).*

*Eu amo trabalhar no Capsad! Nunca trabalhei com saúde, mas amo trabalhar com dependência química [...] o que importa é o paciente e, por mais que depois da consulta ele vá embora e não volte, algo já mudou nele e ele não é mais o mesmo. (Trab10).*

*[...] eu sou do povo, gosto de estar com eles, conversar com eles, gosto da assistência. (Trab3).*

## Esgotamento

Destaca-se, a partir do efeito esgotamento – que engloba frustração, desgaste e estresse –, o caso dos membros da equipe que dizem não suportar o trabalho na atenção diária (modalidade de atendimento diário baseada em oficinas terapêuticas para os usuários do

Capsad que estão em tratamento intensivo):

*Tem dia que xingam, que ofendem os profissionais. O convívio é diário, então, é mais difícil. (Trab6).*

*[...] um dos trabalhadores me explica que o usuário havia o tratado mal, ofendido, e ele não aguentava mais, por isso, estava saindo da atenção diária. (Diário de campo).*

*[...] ninguém gosta de ficar na atenção diária, só fazem por falta de opção [e riram]. [Perguntei o porquê.] Vou te colocar lá um mês, pra você saber. [O outro disse] Ah, eles são muito desobedientes, são muito agressivos, só arrumam confusão... (Trabalhadores em roda).*

Observa-se que o encontro com o usuário na atenção diária é penoso. Todos os profissionais escalados para trabalhar na atenção diária, sem exceção, disseram não gostar de nela atuar. O que mais impressiona é o fato desta atividade ter grande importância, pois se trata do encontro com usuários em cuidado intensivo. Assim, atenta-se para a fala dos trabalhadores, quando são perguntados a respeito de trabalhar na atenção diária. Eles responderam, juntos, que:

*É estressante, frustrante, desgastante, desestimulante, ‘broxante’! [...].*

*Eles gritam, ofendem, são agressivos [...].*

*Preparo o material. Às vezes, chego com tudo ‘armado’. Aí, um ‘vem pra dormir’, ninguém presta atenção... Então, é assim, é frustrante! [...].*

*A gente pergunta e ‘cri, cri’. [E outro trabalhador disse:] ‘Por isso, não pergunto nada, falo sozinha...’. (Trabalhadores em roda).*

Os usuários em cuidado intensivo frequentemente são aqueles que ainda estão em uso continuado da substância e são orientados a permanecerem sem o uso da droga por um dia inteiro – caso contrário, não poderão permanecer na atividade do Capsad. Assim, compreende-se a dificuldade que é estar em abstinência, que os leva à agressividade e à falta de interesse por qualquer atividade, aspectos inerentes a este estado. No entanto, estas questões implicam no esgotamento do trabalhador, que passa a vivenciar, no cuidado intensivo, uma atividade que o exaure.

Além disso, percebe-se, também, que a dificuldade da escuta frente às demandas dos usuários e a dificuldade de tratá-los como sujeitos – com desejos, crenças e valores – tem implicado em prejuízos, não só para o usuário como para o trabalhador, que se sente limitado para lidar com tais questões, que o têm levado ao automatismo no encontro com o outro – o que descreve as situações nas quais o trabalhador passa a ser indiferente e se distancia do cotidiano, deixando-se levar pelas ocorrências sem se vincular e pressupondo a passividade do usuário, como se vê na fala “*Por isso, não pergunto nada, falo sozinha...*” (Trab8). E estas situações não são nada animadoras, uma vez que os trabalhadores chegam a ver os usuários como potenciais estressores, o que torna o encontro exaustivo.

Assim, ao vivenciar o esgotamento por meio do automatismo, o trabalhador contribui para que a produção do cuidado não seja centrada no usuário. E quando o profissional se distancia do cotidiano, outras questões passam a ter prioridade, como o protocolo e o preenchimento do prontuário, entre outros aspectos contrários ao que Merhy (2002) sugere. Neste caso, fica claro que apenas o saber-fazer do profissional importa, e assim, as ações centradas no trabalhador fazem com que o usuário seja atendido com base em tecnologias duras (equipamentos, instrumentos, protocolos etc.) e/ou leve-duras (conhecimentos estruturados, dos diversos saberes da área da saúde), sem que se dê atenção às tecnologias

leves, que se referem às relações construídas entre duas pessoas, em ato, e produzem uma relação de vínculo e de aceitação – conforme descreve Merhy (2002) –, imprescindíveis ao encontro no Capsad.

Outra questão que se coloca na categoria esgotamento é mencionada pelos trabalhadores:

*O PTS [Projeto Terapêutico Singular] é feito, mas nunca é avaliado. Outro trabalhador disse: ‘Tem paciente na atenção diária, de forma integral, há mais de seis meses, porque o PTS nunca foi avaliado. A atenção diária está inchada’.* (Trabalhadores em roda)

Cada usuário do Capsad deve ter um Projeto Terapêutico Singular (PTS), isto é,

um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. (BRASIL, 2004, P. 16).

PTS deve ser realizado no acolhimento do usuário no serviço e deve ser monitorado periodicamente pelo profissional de referência, junto com o usuário (BRASIL, 2004).

Assim, o fato de o PTS nunca ser avaliado é difícil de compreender. Percebe-se que o encontro com o usuário, que está há tanto tempo na mesma atividade, só pode produzir esgotamento, não só no trabalhador como também no próprio usuário, que acaba por manifestá-lo, seja pelos envolvimento em brigas ou em agressividade (nas palavras ou em gestos). Assim, o esgotamento e, conseqüentemente, a combustão contribuem para um estado de paralisia, que o trabalhador acaba se distanciando afetivamente, mesmo estando presente no cotidiano do serviço, e, com isto, surgem situações como estas observadas: usuários há mais de seis meses no mesmo tipo de cuidado e de abordagem sem, ao menos, uma avaliação. No

entanto, essa questão não foi explicada pelos trabalhadores.

Observa-se que os encontros na atenção diária, em sua maioria, exaurem o trabalhador, de forma que este, quando não está nesta atividade, demonstra grande alívio. Refletiu-se, então, sobre o fato de estes trabalhadores irem todos os dias para esta atividade, já exaustos, frustrados e na incerteza do que acontecerá, e poderem vivenciar episódios de surtos, crises ou convulsões de usuários. Nesses casos, o trabalhador responsável pela atividade do dia terá que atuar diretamente no caso, usando suas habilidades a fim de ofertar um cuidado singular que seja promotor de vínculo, de acolhimento, de escuta e de ressignificação, como propõe Merhy (2002). Mas, como?

Nesse ponto, destaca-se, ainda, que outro motivo de esgotamento na atenção diária se relaciona com a suposta falta de interesse dos usuários levantada pelos trabalhadores do Capsad, o que gerou uma série de discussões ao longo do campo de pesquisa:

*Ninguém quer ficar na atenção diária; uns não querem mesmo e outros, apenas suportam. [...] os pacientes confrontam muito os profissionais, eles não têm interesse. Um deles explicou: 'Antes os pacientes eram mais novos e gostavam das atividades que a gente levava, mas agora eles são mais velhos e não querem fazer atividades como 'adedonha'. Dizem que é idiotice e só gostam de atividades mais intelectuais, como leitura e discussão'. (Trabalhadores em roda).*

O fato de alguns apenas suportarem estar na atenção diária e os outros não quererem estar de forma alguma, é grave. Observa-se que algumas atividades não parecem ser interessantes para serem desenvolvidas com jovens e adultos em estado de abstinência, mas que, mesmo nestes casos, a responsabilidade pela falta de interesse é atribuída apenas ao usuário. Assim, identifica-se que falta formação adequada aos trabalhadores para saber lidar com os desgastes inerentes

ao cuidado intensivo em um Capsad.

No entanto, segundo Merhy (2005), não se pode acreditar que a baixa eficácia das ações em saúde se relaciona apenas à falta de competência dos trabalhadores, que pode ser suprida por meio de cursos. Essa seria uma visão simplista da questão, que geraria apenas pequenas mudanças no cotidiano de produção do cuidado. Ao contrário, Merhy (2005) aponta que o trabalhador deve ser protagonista no processo de transformação da sua prática. Do mesmo modo, Carvalho e Ceccim (2009) afirmam que o trabalhador deve avaliar sua atuação e direcionar críticas em relação a ela.

Destaca-se que, paradoxalmente, também se percebe certa realização pessoal nos trabalhadores, com o desenvolvimento das atividades, mas esta precisa ser potencializada. Observa-se que, quando o trabalho em saúde tem como efeito esta realização, o trabalhador apresenta maior grau de potência para dar conta de suas atividades e, como consequência, se sente mais satisfeito, o que favorece a criação de vínculo e repercute positivamente na produção do cuidado. No entanto, pode-se afirmar que, para que haja bem-estar no trabalho, não se faz necessária a satisfação constante, apenas é preciso que haja esperança, metas, desejos.

Sabe-se que o desejo faz com que os trabalhadores tenham maior capacidade para agir, em concordância com o que afirma Franco (2013), quando ele diz que é preciso estimular os trabalhadores para que se tornem sujeitos desejantes, visto que todos têm a capacidade de exercer mudanças na realidade que vivenciam desde que tenham capacidade de autogestão e de autoanálise. A primeira, diz respeito à atuação do trabalhador com foco no trabalho vivo em ato e é conduzida com base no próprio sujeito, que faz as demais conexões com os outros trabalhadores, podendo realizar a produção do cuidado de forma diferenciada. A segunda tem a ver com a valorização do conhecimento do trabalhador, de sua criatividade e iniciativa, seus

desejos e necessidades. Este conhecimento de si, associado com a realidade do cotidiano de serviço no qual está inserido, dá ao trabalhador a possibilidade de intervir na produção de serviços mais acolhedores, com mais vínculos, e que sejam centrados no usuário (FRANCO, 2013). Assim, ainda corroboram-se as ideias de Franco (2013) quando se afirma que o maior desafio da gestão do trabalho em saúde é manter os trabalhadores com alta capacidade para agir.

Para tanto, Merhy (2013) aponta que é preciso instituir no cotidiano dos serviços de saúde meios que avancem em direção à autogestão e à autoanálise, a fim de permitir que os trabalhadores lidem melhor com suas tristezas e sofrimentos, e que produzam o autocuidado. Até porque, como visto em grande parte dos depoimentos, o cotidiano no Capsad consome o trabalhador em vida e em ato, como um ser antropofágico (MERHY, 2013) e, diante disto, é preciso que haja contextos, no cotidiano, nos quais o trabalhador possa falar sobre suas questões, abrindo-lhes oportunidades e possibilidades de aumento da capacidade de agir, o que favorece a produção de cuidado.

## Conclusões

Vários foram os relatos sobre o efeito desgastante gerado pelo ato de acolher o outro, neste lugar; sobre a exaustão, a frustração e o pavor diante das crises dos usuários, repletas de ofensas, xingamentos e episódios de agressividade. Neste contexto, o encontro com o usuário se torna difícil. Deste modo, uma reflexão sobre o trabalho em um Capsad revela que é essencial pensar no cuidado para com o trabalhador, uma vez que este, quando satisfeito e realizado, vivencia seu

trabalho com prazer, o que repercute positivamente na produção de um cuidado com maior produção de vínculo. E, ao contrário, quando este se sente esgotado, pode demonstrar dificuldades de sentir empatia frente ao sofrimento do outro, o que pode implicar em distanciamento afetivo e repercutir de forma negativa na produção do cuidado.

Para tanto, frente aos efeitos identificados, é preciso que haja formas de alívio que evitem a combustão, favorecendo a capacidade de agir, a fim de que o processo de trabalho seja favorável não só aos usuários, mas também aos trabalhadores. Entre estas formas, destacam-se a educação permanente, a autogestão e a autoanálise, que favorecem a existência de espaços para que o trabalhador possa se expressar e buscar possibilidades, visando ter aumentada sua capacidade de agir e gerando mudanças no trabalho.

## Colaboradores

Autor principal: contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito. Coautor 1: contribuiu substancialmente para o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito. Coautor 2: contribuiu substancialmente para o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CARDOSO, L. A. A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo. *Tempo Social*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 265-295, 2011.
- CARLOTTO, M. S. A Síndrome de Burnout e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 1-35, 2009.
- DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; VELAR, L. (Org.). *Psicologia Social: temas em debate*. Vitória: GM. Editora, 2008. p. 109-126.
- DEJOURS, C. Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.
- FRANCO, T. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- KESSLER, F. H. P.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 1-3, 2008.
- MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. 10 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1996.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1. Série textos).
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-112.
- \_\_\_\_\_. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213 - 225.
- \_\_\_\_\_. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.). *Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 21-45.
- \_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, P. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.). *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-687.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ed. 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 9 de abril de 2013.
- PINHO, L. B. *et al.* Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, DC, v. 30, n. 4, p. 354-360, 2011.
- SILVA, G. M. *et al.* O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, jun. 2012.
- WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em dezembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).



# A experiência de formação (em) comum de nutricionistas na Unifesp, *campus* Baixada Santista

*The training experience (in) common of nutritionists at Unifesp, Baixada Santista campus*

Maria Fernanda Petroli Frutuoso<sup>1</sup>, Virginia Junqueira<sup>2</sup>, Ângela Aparecida Capozzolo<sup>3</sup>

**RESUMO** Para discutir a experiência de formação em comum do eixo Trabalho em Saúde, da Universidade Federal de São Paulo, delineou-se estudo qualitativo conduzido por meio de grupo focal, com concluintes do curso de nutrição. Evidenciaram-se tensões não somente entre o específico e o comum nas práticas profissionais, mas na concepção de cuidado e clínica. Efeitos importantes na formação foram relatados, na medida em que as atividades do eixo fizeram um convite à criação e invenção de outros modos de cuidar em nutrição, a partir da contaminação/cominação de áreas profissionais, afastando-se de práticas normativas, insuficientes para dar conta da complexidade da alimentação e nutrição, na atualidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Ensino. Nutricionistas. Sistema Único de Saúde. Integralidade em saúde.

**ABSTRACT** To discuss the training experience in common of the Health Work axis, of the Federal University of São Paulo, a qualitative study was outlined conducted through a focus group, with graduates of the nutrition course. Tensions were evident not only between the specific and the common in professional practices, but in the conception of clinical and care. Important effects on training were reported, as the activities of the axis invited the creation and invention of other modes of care practices in nutrition, from contamination/comination of professional areas, moving away from normative practices, insufficient to handle the complexity of food and nutrition, nowadays.

**KEYWORDS** Teaching. Nutritionists. Unified Health System. Integrality in health.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde – Santos (SP), Brasil. [fernanda.frutuoso@unifesp.br](mailto:fernanda.frutuoso@unifesp.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde – Santos (SP), Brasil. [virginiaj@uol.com.br](mailto:virginiaj@uol.com.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde – Santos (SP), Brasil. [angeruma@uol.com.br](mailto:angeruma@uol.com.br)

## Introdução

*O chá pra curar esta azia  
Um bom chá pra curar esta azia  
Todas as ciências de baixa tecnologia  
Todas as cores escondidas nas nuvens da  
rotina  
Pra gente ver... por entre prédios e nós...*  
(Yuka, 1999)

O campo da alimentação e nutrição, em suas dimensões científica, profissional e política, surge, no Brasil, no final da década de 1930 (VASCONCELOS; BATISTA-FILHO, 2011). A prática dos profissionais da nutrição tem sua origem ligada à crescente especialização da prática médica. Inicialmente, atuam como auxiliares do trabalho médico (em uma relação de subordinação), responsáveis pela dieta de pacientes internados nos hospitais. A ênfase na dimensão biológica e nos aspectos clínico-fisiológicos associados ao consumo dos nutrientes dá origem ao campo da nutrição clínica. Esse campo foi se constituindo com uma progressiva fragmentação e especialização (em subáreas de atuação, por grupos etários, de patologias e outros) focada em ações individuais, curativas e hospitalares (DEMETRIO, 2011).

Outra perspectiva reunia aqueles cuja atenção voltava-se para os aspectos socioeconômicos e populacionais relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos. Inicialmente, estudos desse campo caracterizaram a fome e as carências alimentares e nutricionais do País, e subsidiaram programas de assistência alimentar desenvolvidos pelo Estado, direcionados a grupos populacionais prioritários.

Essas perspectivas influenciaram a organização do ensino em nutrição, dividido em grandes áreas, resultando em objetos bem particulares de estudo e trabalho. Vale destacar, no entanto, que a formação concentrou-se fundamentalmente no preparo dos profissionais para o trabalho em instituições hospitalares, na área clínica e de alimentação

institucional (VASCONCELOS; CALADO, 2011). Assim como nas demais áreas do campo da saúde, a conformação histórica das práticas profissionais resultou no fortalecimento da especialização, da fragmentação dos conhecimentos e práticas, na tecnificação e no biologicismo (AROUCA, 2003; MERHY ET AL., 2010).

A complexidade das práticas alimentares e sua interface com o processo de saúde-adoecimento-cuidado envolvem dimensões sociais, subjetivas, culturais e simbólicas, que tendem a ser pouco consideradas pelos profissionais, resultando em práticas pouco efetivas. As condutas hegemônicas baseiam-se em prescrições dietéticas normativas e culpabilizadoras, com enfoques predominantemente biológicos e, muitas vezes, reduzidos à orientação de mudança de hábitos alimentares, definidas a partir da relação da dieta com o risco de adoecimento e morte (BOSI; PRADO, 2011; SANTOS, 2012).

A partir da década de 1970, no Brasil, avolumam-se as investigações que apontam a distribuição da renda, da terra e as condições sociais como principais determinantes da fome e dos problemas nutricionais, e ampliam-se as críticas ao distanciamento entre os modelos de formação e as necessidades de atenção da população. Movimentos críticos destacam a importância da garantia do direito humano à alimentação, bem como de um conjunto de condições e serviços necessários à prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde (VASCONCELOS; BATISTA-FILHO, 2011).

Com o movimento da Reforma Sanitária e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), avança o debate sobre a necessidade de mudanças na graduação dos profissionais de saúde, incluindo os de nutrição. Ganha destaque a importância de ampliar a compreensão das diversas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e do trabalho integrado entre as diversas áreas profissionais para intervir nos problemas de saúde da população. As novas diretrizes curriculares nacionais, homologadas a partir de 2001,

propõem competências comuns para todas as profissões, ênfase na diversificação de cenários de aprendizagem e na inserção no SUS (BRASIL, 2001; SOARES; AGUIAR, 2010; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Nesse contexto de mudanças, se insere o curso de graduação em nutrição da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista (Unifesp-BS). Implantado em 2006, em conjunto com outros cursos da área de saúde (educação física, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional), tem um desenho curricular estruturado em quatro eixos, que rompem com a estrutura disciplinar tradicional e com a formação isolada de uma única profissão. Um dos eixos – ‘Aproximação à prática da nutrição’ – é denominado eixo específico e está direcionado somente aos estudantes de nutrição. Os outros três eixos – ‘Trabalho em Saúde’, ‘O ser humano e sua inserção social’ e ‘O ser humano e sua dimensão biológica’ – são comuns, mesclando alunos dos vários cursos (UNIFESP, 2006).

Embora se reconheça a importância de todos os eixos para a formação, neste artigo optou-se por discutir algumas questões que têm emergido do eixo comum ‘Trabalho em Saúde’ (TS), por ser um diferencial desta proposta de formação.

As atividades do eixo TS, organizadas em módulos semestrais, percorrem os três primeiros anos de graduação e pautam-se na aprendizagem baseada na experiência. Para Bondía (2002, p. 21), a “experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”. No percurso da formação, são utilizadas diferentes estratégias, que procuram expor os estudantes ao encontro com usuários e equipes da rede de serviços e com as condições de vida e de saúde da população.

Nesse eixo, foi alocada parte dos conteúdos do campo da saúde coletiva (políticas públicas, sistema de saúde; organização do processo de trabalho e da rede de serviços; conceito de saúde; trabalho em equipe; e cuidado integral, entre outros), na

perspectiva de compor com outros saberes e práticas para contribuir na constituição de certo ‘modo de pensar e agir’ dos futuros profissionais. Neste sentido, docentes da área de saúde coletiva e das distintas áreas profissionais integram o eixo e se mesclam para o apoio e a supervisão das atividades de ensino, que buscam problematizar as diversas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e favorecer a construção de práticas integradas implicadas com a produção de cuidado e da vida.

A diretriz que orientou a estruturação desse eixo foi a busca do comum às várias áreas profissionais. Uma dimensão desse comum diz respeito ao que é importante na clínica de qualquer profissional de saúde, como a escuta, a capacidade de estabelecer relações de confiança, vínculo, diálogo, ética, responsabilização. Outra dimensão diz respeito ao que se realiza no encontro das diferenças das áreas profissionais, na produção de estratégias compartilhadas de intervenção, na exploração do ‘entre’ as áreas disciplinares. Essas dimensões compõem o que temos denominado clínica ‘comum’ às várias áreas profissionais (CAPOZZOLO ET AL., 2013).

Essas perspectivas articulam conteúdos e estratégias que atravessam os diferentes módulos e buscam fornecer recursos aos estudantes para lidarem com o momento do encontro clínico e para estabelecerem relações. As vivências, processadas em espaços de supervisão com os docentes, permitem explorar diversas dimensões envolvidas no trabalho em saúde e na produção do cuidado, para além da utilização de técnicas, protocolos e procedimentos específicos de cada profissão. Optou-se por inserir as atividades de ensino nas áreas de maior vulnerabilidade social do município de Santos (SP).

No primeiro e no segundo semestre da graduação, os estudantes realizam atividades de reconhecimento de diferentes territórios do município onde se localiza o *campus*, que possibilitam perceber os diversos modos de vida da população e suas implicações

para o processo saúde-doença-cuidado. Abordam-se, ainda, as políticas e a organização dos serviços de saúde. Nos semestres seguintes, a ênfase está no trabalho com histórias singulares de vida e de saúde. No terceiro semestre de graduação, duplas de estudantes de cursos diferentes visitam, durante o semestre, uma pessoa ou família, em suas residências, com o objetivo de construir narrativas de suas histórias de vida e de saúde. No quarto semestre, equipes mistas de estudantes elaboram e implementam ações de promoção de saúde com grupos populacionais. No quinto e no sexto semestre, os estudantes se organizam em equipes mistas para realizar projetos terapêuticos de cuidado.

Pesquisa realizada com a primeira turma de formandos apontou para a produção de experiências marcantes desse eixo, na formação. Tendo como perspectiva a formação de nutricionistas, este artigo tem como objetivo apresentar e discutir as questões que emergem dessa experiência de formação.

## Material e métodos

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, foi conduzida pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde (Lepets), no período de 2009 a 2011, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade (Parecer 1.528/09).

O projeto 'Formação para o trabalho em saúde: a experiência em implantação nos cursos de graduação – Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista', mediante o processo no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) nº 479031/2008-8, almejou sistematizar, analisar e aprimorar a proposta de formação profissional desenvolvida a partir do eixo TS, estabelecendo estratégias para o acompanhamento, a avaliação e

a sustentabilidade desta experiência.

Para saber se tal aposta de formação surtia os efeitos desejados, foram realizados grupos focais, separadamente, com dez estudantes sorteados, de cada um dos cursos, concluintes da primeira turma, bem como um grupo focal com dois docentes de cada curso. Os encontros foram conduzidos por um coordenador, segundo procedimentos pré-estabelecidos, tendo como pauta o relato de experiências marcantes, que envolveram a aprendizagem com alunos de outras áreas, docentes, equipes de saúde e população. Também foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os coordenadores dos cursos e com oito profissionais (chefia e enfermeiros) das equipes onde eram desenvolvidas atividades do eixo havia mais de um ano.

Cada material foi analisado, separadamente, por três pesquisadores, de diferentes áreas de formação. Elaborou-se uma matriz de sistematização dos temas inicialmente identificados, dos diferentes posicionamentos com os trechos de discursos mais significativos, bem como com as impressões e problematizações que emergiram durante a leitura. Em seguida, o material foi discutido pelo conjunto de 20 pesquisadores que compõem o Lepets, para a agregação dos materiais em grandes núcleos temáticos. Posteriormente, foram apresentadas, em seminários, as análises preliminares com os sujeitos da pesquisa e com interlocutores externos. O material desses encontros integrou a análise e contribuiu na constituição de uma síntese final<sup>1</sup>.

Neste artigo, houve interesse em destacar os achados desta experiência que se relacionam à formação na área de nutrição, analisando efeitos, tensões e reflexões que emergiram dos relatos do grupo focal, composto por oito estudantes concluintes da primeira turma deste curso, entre os dez sorteados para participar. As questões problematizadoras do encontro envolveram:

---

<sup>1</sup> O conjunto de resultados e reflexões desta pesquisa foi publicado no livro 'Clínica comum: itinerários de uma formação em Saúde', organizado por Capozzolo et al., 2013.

1. A experiência dos estudantes na atuação interprofissional com as equipes de saúde, pessoas/famílias/grupos e com alunos das outras áreas profissionais; 2. Compreensão das atividades de ensino-aprendizagem propostas pelo eixo TS; e 3. Possíveis efeitos e impactos das atividades de ensino-aprendizagem do eixo, na formação do estudante.

A literatura aponta como vantagem do grupo focal a interação entre os participantes a respeito das questões colocadas, favorecendo o intercâmbio de percepções e argumentos, e de opiniões formadas com base tanto no consenso como nas diferenças. Entre as desvantagens, encontram-se as dificuldades de criar interação e comunicação da forma mais espontânea possível, em um processo de discussão distante de apenas responder individualmente às questões propostas a partir do papel ativo do moderador como facilitador deste processo (GATTI, 2005). Neste estudo, a escolha do grupo focal se justifica pelo interesse em que os estudantes falassem o que já pensavam sobre a experiência de formação no eixo, e também aquilo que ainda não haviam formulado, mas que poderia ser pensado a partir da discussão em grupo. Assim, as posições foram sendo construídas no debate, tendo como resultado um produto coletivo, sem a necessidade de ser harmonioso ou homogêneo. A grupalidade propiciada pela técnica de grupo focal apresentou, ainda, “uma oportuna sintonia com as práticas que o TS colocava em exercício na formação” (CASETTO ET AL., 2013, P. 98).

O material transcrito do grupo focal da nutrição foi tratado pela análise temática, na qual os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso são caracterizados pela presença de determinados temas (MINAYO, 2010). Foram identificadas unidades de contexto (ideia central) e, em cada uma delas, unidades de registro (relatos), aglutinadas nos seguintes itens: 1) formação e clínica comum; 2) entre o específico e o comum: o que as tensões revelam?

## Resultados e discussão

### Formação e clínica comum

Os comentários que os alunos da nutrição apresentaram sobre o eixo TS apontam que os módulos permitem experimentar um tipo de organização de trabalho em equipe diferente da que habitualmente ocorre em sala de aula:

*[...] a gente fazia trabalhos juntos, mas era mais separado. Acabava que sempre o aluno de nutrição pesquisava só a parte de nutrição, o aluno de TO só de TO, e juntava [...], mas no eixo de TS já não, tentava englobar uma visão diferente de como aplicar [...] tinha que relacionar todas as profissões, então, acho que foi essencial isso. (E2).*

Os diferentes arranjos e estratégias dos módulos propõem a realização de ações conjuntas, em campo: “[...] no TS que a gente teve mais uma aproximação prática. A gente ia para os locais, visitava, discutia os casos, fazia tudo isso junto” (E1).

Os estudantes apontam que, nas reiteradas vivências, têm a oportunidade de ampliar o olhar sobre cada profissão, de conhecer as diferenças, as possibilidades e os limites de cada área:

*Um aspecto que eu acho interessante, é que pelo menos um pouco dos cinco cursos que existem, a gente sabe descrever, [...] as atribuições de cada um, na sua profissão. (E2).*

Para além de conhecer o que cada profissão faz, as atividades de ensino do eixo permitem vivenciar ‘algo’ a mais, “[...] a gente precisava achar uma maneira de intercalar as duas coisas, para um bem maior” (E5). Os alunos reconhecem que, nas experiências conjuntas com tarefas de cuidado de complexidade crescente, aprendem a “[...] saber respeitar o limite de cada profissão, mas também saber interagir” (E6).

Nunes (2002) enfatiza a importância da integração de saberes e práticas, a partir de problemas a serem enfrentados, em um processo construído entre a ciência, o mundo vivido e a vida prática, para além da simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares. No percurso de formação do eixo, as vivências de cuidado vão exigindo diferentes recursos e combinações de saberes e práticas, que possibilitam aos estudantes incorporar em sua prática profissional o que reconhecem como sendo repertório de outros cursos e experimentar a potência de ações que inventam em comum.

As experiências, desde o início da formação, nos territórios de maior vulnerabilidade social, permitem o encontro com as pessoas que lá vivem, com suas condições e histórias de vida:

*Experiência significativa foi conhecer a realidade de outras pessoas que eu nunca imaginei, [...] é totalmente diferente da que eu vivo em São Paulo [...] foi bem contrastante.* (E1).

Estes encontros contribuem para que os estudantes percebam que suas intervenções têm que considerar as situações singulares de vida: “[...] que a pessoa está inserida numa sociedade, e até que ponto o ambiente está interferindo na relação saúde/doença” (E4).

As estratégias de ensino direcionam para reiteradas experiências de escuta e de deslocamentos em direção ao ‘outro’:

*Na TS, a gente realmente aprende a se interessar pelo outro, [...] se interessar de verdade, escutar aquilo que eles estão falando, dar importância ao que eles estão trazendo.* (E2).

Possibilitam o reconhecimento de diferentes perspectivas e da necessidade de estabelecer diálogo, como explicita o trecho a seguir:

*[...] ela não querer aquilo, [...] ela não aceitava aquela proposta, às vezes a gente até ia com coisas legais para passar, até tentava passar, aí entrava a ajuda de outros companheiros, de*

*outros cursos, que às vezes nos ajudavam nisso também, de como abordar aquela pessoa.* (E3).

No desafio de fazer intervenções em comum, os estudantes vão exercitando o estabelecimento de laços de confiança, de vínculos, e incorporando certo modo de atuar, de fazer clínica, como segue: “A gente acostumou a conversar, escutar, considerar vários aspectos” (E7). No momento do estágio, percebem com mais clareza a diferença da formação que receberam:

*Eu fiquei escutando um açougueiro, fiquei mais de 40 minutos, [...] então, eu vi a diferença [...] a estagiária de outra universidade saiu, me deixou lá [...].* (E3).

Todos os estudantes referiram vivências significativas, nas quais reconheceram que produziram diferenças com as ações que realizaram, e que afetaram e foram afetados durante os encontros:

*O impacto é muito grande, que você causa na pessoa e ela causa em você.* (E6).

*[...] sempre, numa relação que você vai deixar alguma coisa e vai receber também.* (E5).

*É realmente uma troca: a gente não está lá só para passar o nosso conhecimento, a gente também aprende muito.* (E8).

Como referem Henz *et al.* (2013), as estratégias de ensino possibilitam:

*[...] uma escuta descentrada, que tira do centro o poder da palavra profissional e pode levar à porosidade dos vários signos silenciosos produzidos nos encontros. Esse descentramento da escuta pode abrir espaços sutis de implicação ética e pensamento clínico – exercícios para o trabalho em equipe, com*



as decomposições e composições que podem ocorrer a cada caso. (HENZ ET AL., 2013, P. 164).

Os depoimentos demonstram que os encontros interprofissionais para produção de cuidado possibilitam uma contaminação e/ou combinação de saberes/práticas, permitindo a criação e invenção dentro da sua própria área profissional, como explicita a fala abaixo:

*A gente fez a linha da vida com ela, um recurso de psicologia. Como ela era analfabeta, a gente relatou, em figuras, em recortes, a história de vida dela e, quando ela abria e via o livro, ela chorava. Nossa, nunca tinha pensado nisso! Então, essa troca de recursos de outros cursos, que a gente não tem muito acesso, foi muito emocionante, porque, se eu tivesse, talvez, a formação tradicional de nutrição, eu nunca pensaria em algo assim, algo tão simples, que trouxe tanta felicidade para alguém. Então, acho que abre muito o nosso olhar. (E5).*

Os trechos a seguir exemplificam algumas atividades marcantes para os alunos da nutrição, tanto em grupo como individuais, realizadas em conjunto com outros estudantes, nos diferentes módulos:

*Foi uma apresentação dos adolescentes do Centro de Juventude. A primeira vez que eles apresentaram, nós viramos plateia. Então, foi muito lindo, [...] ao mesmo tempo, a gente montou uma peça de teatro da nossa vivência na faculdade. Então, foi uma troca muito gostosa. (E1).*

*[...] o paciente já tinha tido vários AVCs, e ele nem andava. E quando saímos de lá, ele estava andando, abriu a porta, fechou, foi muito gratificante. (E3).*

*Eu lembro que a gente fez um grupo de idosos e, no último dia, a gente fez um bailinho para se despedir. Teve comes e bebes e tudo, e, no último dia, eles entregaram uma mensagem pr'a gente. (E4).*

Sucintamente, os estudantes ilustram que as experiências que vivenciam nos diferentes módulos do eixo deixam marcas, e que as estratégias de ensino favorecem a escuta das histórias de vida, para a construção de ações que compõem um modo de fazer.

Pode-se dizer que, nos encontros, no exercício entre as diferentes profissões, vai ocorrendo a aprendizagem de certo modo de compreender e intervir nos problemas de saúde, e essa experiência de formação se aproxima da discussão de Abrahão e Merhy (2014), sobre a disposição para experimentar o ato do trabalho em saúde com abertura para sensações e afetos, cujo ponto de partida é o próprio encontro, com diferentes possibilidades, produzindo-se no cuidado.

O eixo possibilita o diálogo entre as práticas de cada área e a constituição de uma clínica 'comum', na medida em que, conduzidos pelo encontro, docentes e estudantes experimentam certos 'conceitos-tecnologias', que resultam em formas de pensar, sentir e fazer comuns, pertencentes e constitutivas de todas as profissões, inclusive a de nutricionista (HENZ ET AL., 2013).

### **Entre o específico e o comum: o que as tensões revelam?**

Se, por um lado, os estudantes referem a possibilidade de uma combinação de elementos e estratégias de cuidado de cada área profissional, e valorizam os novos conhecimentos e práticas que proporcionam, por outro, explicitam tensões que a proposta de formação do eixo traz, como se vê no depoimento a seguir:

*Porque a nossa insegurança era justamente tentar aliar algo de nutrição, porque a gente absorveu tanto a questão de escutar a pessoa, e a gente ficava inseguro: 'Será que eu vou conseguir ser uma nutricionista assim, algo bem específico? Como que vai ser?'. (E5).*

Ainda que os estudantes reconheçam a importância do trabalho comum entre



as várias áreas profissionais, verbalizam o receio de que a profissão que escolheram se dilua no campo do trabalho em saúde, perdendo sua singularidade. As tensões aparecem quando os alunos relatam a insegurança diante de não saber agregar a especificidade do curso à prática do eixo TS e apontam que ‘escutar a pessoa’ parece não pertencer ao escopo de ações do profissional de nutrição ou significar um ‘algo a mais’, que toma sentido somente se não confrontar as ações específicas da área profissional.

Eles ainda explicitam que ficam temerosos diante da possibilidade de realizar ações mais ‘comuns’ e perderem a identidade profissional, ao não executarem atividades que entendem como sendo mais ‘técnicas’ e singulares da nutrição, como apresenta o trecho a seguir:

*Tem algumas áreas que necessitam de situações um pouco mais técnicas [...] tiveram alunos que falaram: ‘Nossa, mas você precisa de uma balança, parece carne em açougue!’ É a mesma coisa que você pedir para um psicólogo não conversar com o seu paciente, porque, infelizmente, nutrição, ou felizmente, a gente tem algumas coisas que tem que fazer como nutricionista, por mais que a gente entenda o ser humano, a integralidade. Para ter um diagnóstico de nutrição, a gente precisa usar alguns instrumentos, que são básicos, e que, no momento, talvez não era, mas foi meio que banalizada a situação. (E5).*

Assim, expressam a concepção que ser nutricionista implica a aplicação de alguma técnica do repertório profissional, aqui exemplificada pelo uso da balança (ainda que a utilização deste instrumento não seja somente atribuição de nutricionistas). Também é possível perceber que os alunos criam a expectativa de que estar no eixo é uma oportunidade de aplicação prática do aprendizado obtido nos espaços intramuros, como segue: “Às vezes, a gente estudava algumas coisas, e a gente queria aplicar aquilo” (E3). Neste sentido, o foco das atividades do eixo

TS não é apenas o de possibilitar a ‘aplicação prática’ da teoria.

As vivências nos diferentes módulos do eixo produzem tensões também quando os estudantes percebem que, após o diagnóstico, precisam negociar e pensar na construção processual de um cuidado que faça sentido para a pessoa que está sendo atendida. Parece ser significativa a dificuldade de negociar com aquilo que o usuário está pedindo, na medida em que não se trata de desvalorizar o uso de instrumentos, mas de perceber o que a situação pede.

Sobre esse modelo de formação, pode-se apontar que se trata de abrir caminhos para o aluno aprender com a experiência, provocando um constante movimento de questionamento e dúvida, sem que um caminho seja cristalizado como único e/ou correto, e, a partir da perspectiva de que um profissional deve dispor de recursos para descobrir possibilidades diante dos desafios técnicos, éticos e políticos do cotidiano do trabalho em saúde.

O eixo TS aposta em uma formação que valoriza os espaços micropolíticos do cuidado, pois o trabalho em saúde lida com um objeto especial, que não é plenamente estruturado, o que coloca, inevitavelmente, as práticas profissionais prescritivas e normativas em análise. Não se trata de negar a utilização de técnicas inerentes à profissão (como o uso da balança), mas de promover uma prática reflexiva do aluno diante da necessidade do indivíduo, problematizando as práticas hegemônicas tradicionais.

Como problematizam Passos e Carvalho (2015), a discussão de cuidado na contemporaneidade envolve a necessidade de humanização das práticas em saúde e da integralidade da atenção, na medida em que pedem diálogos e sujeitos, em detrimento de prescrições e objetos (como as doenças, por exemplo).

Considerando que quem demanda atenção (ou o usuário) é um sujeito com expectativas, desejos e história de vida, sendo muito mais do que um corpo adoecido, entendido na

perspectiva restritamente biológica, o uso da técnica é apenas parte do cuidado. Abrahão e Merhy (2014) abordam a importância de convocar outros meios, incluindo a criatividade, que ajudem a deslocar o foco da doença e ampliem possibilidades de novas práticas construídas a partir da capacidade de combinar diferentes modos de ser, sentir e experimentar, que emergem do encontro entre estudante, docente, usuário e profissional.

Nesse sentido, ao realizarem ações de cuidado, os estudantes também percebem que não é possível apenas aplicar uma técnica e executar o que se aprende previamente, nas aulas, no contexto de vida real encontrado nas atividades práticas do eixo.

*Era delicado porque não dava para passar algumas orientações. Porque a pessoa não teria condições para seguir aquela orientação, então, a gente via que o que a gente aprendia na aula não dava para ser muito aplicado no dia a dia. (E2).*

Diversos autores problematizam as ações predominantes do nutricionista, baseadas na lógica preventivista, advinda do conhecimento epidemiológico e do conceito de risco, que negligenciam, muitas vezes, algumas dimensões, como os processos de subjetivação inerentes à comida e ao comer, caracterizando uma ação profissional baseada em discursos normativos para mudança de hábitos alimentares, e que visa convencer os sujeitos a aderirem a um projeto dietoterápico (PEDROSO, 2008; BOSI; PRADO, 2011; SANTOS, 2012).

As escolhas alimentares são mediadas por aspectos socioculturais, com hábitos transmitidos de geração a geração, mas que não são imutáveis e sofrem influência da mídia, dos discursos dos profissionais de saúde, do sistema alimentar, que resulta na disponibilidade de gêneros alimentícios, entre outros (CONTRERAS; GRACIA, 2011; VILLAGELIM ET AL., 2012; FREITAS; SANTOS, 2014). Outro aspecto do contexto alimentar contemporâneo é o entendimento de que a alimentação adequada é um dos componentes de

um modo de viver saudável, que se define, restritamente, pela dicotomia entre permitido e proibido (CONTRERAS; GRACIA, 2011).

Conhecer esses elementos contribuiria para o alcance de um cuidado nutricional, considerando o sujeito, suas expectativas e seu contexto individual, familiar e comunitário, com vistas a uma abordagem integral e interdisciplinar da alimentação e do cuidado em saúde. As práticas do módulo do eixo favorecem o contato dos estudantes com a vida real e com pessoas que não teriam 'condições para seguir aquela orientação', trazendo à tona a complexidade das orientações nutricionais, contextualizadas e construídas em conjunto com usuários dos serviços e com outros profissionais.

Ainda que a experiência no eixo carregue tensões entre as ações comuns e específicas, os estudantes assinalam um contraponto quando relatam que o aprendizado foi fundamental para uma prática diferenciada nos estágios curriculares. Cabe pontuar que, apesar da formação em comum nos primeiros anos, os estágios são organizados por áreas profissionais e expõem algumas contradições do próprio PPP (Projeto Político Pedagógico). Neste sentido, os alunos se ressentem da ausência do trabalho conjunto com as demais áreas, nesse momento da formação.

Embora o estágio se caracterize como um momento em que a profissão é convocada em sua especificidade, os alunos o reconhecem como uma situação que evidencia o melhor preparo e a possibilidade de sustentação de uma prática decorrente da experiência de trabalho comum e do contato com as pessoas atendidas, no local onde vivem. Há, portanto, uma contaminação do que foi a vivência no eixo:

*Eu acho que foi fundamental, esse contato, mesmo porque agora, no campo de estágio, eu estou no estágio de clínica em nutrição, e foi até sugerido usar o tipo de recurso utilizado na TS. Você pega um paciente que está hospitalizado e tenta trabalhar a narrativa da história de vida com esse*

*paciente. Nesse sentido, se a gente não tivesse tido essa base, esse contato em TS, esse envolvimento com a população, realizar narrativas de histórias de vida talvez não seria tão enriquecedor agora, no momento do estágio. (E7).*

Vale ressaltar que o trecho acima traz o termo ‘clínica em nutrição’ como referência ao estágio realizado em hospital. Isto coloca, para os docentes, técnicos e estudantes do curso, a necessidade de repensar uma ‘clínica’ em nutrição que parece ainda remeter à compreensão histórica do surgimento e da atuação do profissional nutricionista (assim como de outros cursos da área da saúde), a partir da divisão técnica do trabalho em saúde.

Para a nutrição, o entendimento da atuação clínica, inclusive como nomenclatura de área específica, perpassa o exercício profissional em ambiente de atenção secundária e terciária em saúde, fruto de sua vertente histórica – e recente, uma vez que a profissão data do início do século XX – e se direciona a ações nas quais o alimento é ‘agente de tratamento’ (VASCONCELOS; BATISTA-FILHO, 2011; DEMETRIO, 2011; VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Assim, muitas vezes, a concepção de clínica ainda não consegue superar o enfoque na doença e em procedimentos, face ao cuidado que contextualiza o processo de saúde-adoecimento, produzido em um espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Desta forma, a experiência do eixo permite reiterar que repensar a clínica e as concepções de saúde predominantes é um desafio a ser enfrentado na formação do nutricionista.

Além da tensão relacionada às ações comuns e específicas, os estudantes também apontaram alguns desconfortos provenientes da organização do trabalho de campo, especialmente relacionadas à supervisão docente e à continuidade das ações.

Outros estudos apontam para tensões semelhantes em experiências de formação,

que integram diversos cursos de graduação na área da saúde e/ou inserem os estudantes nos cenários de práticas (LOBATO ET AL., 2012; AZEVEDO ET AL., 2013; CARVALHO ET AL., 2015).

Quanto aos docentes, os alunos indicam que “os professores novos também precisam ter, fazer TS [...]” (E1), uma vez que os docentes do curso foram formados em instituições com currículos tradicionais.

Na medida em que não há técnica previamente estabelecida que encaminhe ou facilite os diversos encontros entre alunos de diferentes cursos, entre aluno-docente, aluno-profissional de saúde e aluno-indivíduo/grupo atendido, os docentes são desafiados, convocados a construir, junto a todos os envolvidos, um pensar e agir misturado e combinado, no qual, às vezes, os elementos específicos de sua formação e/ou área de atuação não precisam marcar a diferença entre as ações de cuidado.

Assim, este modelo de formação requer um diálogo permanente com os docentes do eixo específico, sobre as concepções de saúde e cuidado, os possíveis desenhos da supervisão e a condução/discussão das ações propostas ao longo do semestre, o que implica o desafio de formação/discussão entre os professores com vistas a construir uma forma de operacionalização do eixo.

Estar no eixo também demanda um trabalho docente de pactuação, de encontro com outros docentes e de articulações com as questões de saúde pública. Avaliações constantes com docentes, discentes e profissionais necessitam ser realizadas para adequações permanentes. Instigam a discussão da participação/composição de docentes do eixo específico, uma vez que o eixo TS requer a presença dos professores em campo e o refinamento conjunto das estratégias de ensino e concepção dos módulos.

Quanto à continuidade das ações, os estudantes questionam:

*[...] passou o tempo de TS, ninguém mais volta lá, acabou. E aquela pessoa, como ficou? (E7).*

*A gente vai lá, faz um trabalho super legal, que dura dois meses [...] você realmente vai embora e não sabe se outra pessoa continuou o seu trabalho, se... Que foi válido, você sabe. Mas teve continuidade? (E2).*

Para dar conta da continuidade das atividades do eixo, há esforços na articulação das diversas ações da Unifesp-BS, nos diferentes serviços (módulos do eixo, estágios, residência multiprofissional), a partir da fixação do docente em um equipamento/território, bem como da consolidação processual das políticas institucionais de integração ensino-serviço e de educação permanente (Programa de Reorientação da Formação em Saúde, Programa de Ensino pelo Trabalho e Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde – modalidade profissional, entre outras).

Ao longo dos anos, alguns movimentos foram realizados a partir da experiência, visando ao aprimoramento e à consolidação dessa proposta de formação. São exemplos: a ampliação dos cenários de práticas, incluindo equipamentos de assistência social e educação, hospitais, organizações não governamentais; uma maior articulação com as equipes de saúde, que se dá em diferentes estágios, em cada cenário, para seleção e discussão de condutas e processos.

## Considerações finais

Entre as tensões da experiência em questão, os estudantes apontaram a dificuldade de propostas de cuidado construídas a partir das demandas e significados para o indivíduo/grupo atendido, para além de aspectos técnicos consolidados na área de nutrição, como o diagnóstico nutricional e as orientações dietéticas. Em contrapartida, os

alunos reconheceram que a vivência no eixo permite desenvolver o trabalho em equipe e estratégias, como a escuta e o vínculo, que reconhecem o outro como legítimo, com seus saberes e desejos.

Olhar criticamente essa experiência, na perspectiva da formação do nutricionista, permite afirmar que as atividades do eixo Trabalho em Saúde colocam, inevitavelmente, as práticas profissionais em análise, a partir da vivência do trabalho em comum e, à nutrição, faz um convite ao uso de tecnologias compartilhadas e inventivas, afastando-se de uma prática frequentemente normativa e prescritiva, insuficiente para dar conta das questões que envolvem alimentação e nutrição, na atualidade. Trata-se de um ‘modo de fazer’ a partir de um processo no qual não há receita e se admite criação.

Diante das possibilidades e desafios, dos avanços e tensões da proposta em análise, os estudantes referem abertura para a inovação e para a construção de novas formas de agir profissionalmente no futuro:

*A gente tem que estar preparado para tentar, inovar. A gente chegar e tentar demonstrar que existe uma outra proposta de trabalho, que busca escutar, que busca discutir entre todos os profissionais, e a gente inserir isso no mercado de trabalho. Não chegar e já querer encontrar tudo pronto, o que a gente aprendeu, mas construir isso. Acho que o TS permite isso para a gente hoje. (E4).*

## Colaboradores

Todas as autoras participaram de todas as etapas do estudo, desde a concepção à aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, jun. 2014.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AZEVEDO, B. M. S. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-200, mar. 2013.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 20-28, abr. 2002.
- BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D. Alimentação e nutrição em saúde coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-17, jan. 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 5, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2017.
- CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Movimentos de constituição do eixo trabalho em saúde. In: \_\_\_\_\_. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 69-123.
- CARVALHO, S. B. O. *et al.* Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-144, abr. 2015.
- CASOTTO, S. J. *et al.* A investigação da experiência. In: CAPOZZOLO, A. A. *et al.* *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 93-102.
- CONTRERAS, J.; GRACIA, M. Alimentação, sociedade e distinção social. In: CONTRERAS, J.; GRACIA, M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 211-287.
- DEMETRIO, F. *et al.* A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 5, p. 743-763, out. 2011.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partido do eixo trabalho em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A. *et al.* *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 35-58.
- FREITAS, M. C. S.; SANTOS, L. A. S. Sobre a fenomenologia do comer saudável no mundo da vida: breve ensaio. In: FREITAS, M. C. S.; SILVA, D. O. *Narrativas sobre o comer no mundo da vida*. Salvador: Edufba, 2014, p. 33-39.
- GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.
- HENZ, A. O. *et al.* Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZZOLO, A. A. *et al.* *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 163-186.
- LOBATO, C. P. *et al.* A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012.
- MERHY, E. E. *et al.* Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. *et al.* *Afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 60-75.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 249-258, set. 2002.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92-101, jun. 2015.

PEDROSO, M. B.; CUNHA, M. I. Vivendo a inovação: as experiências no curso de nutrição. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 141-152, mar. 2008.

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 453-462, fev. 2012.

SOARES, N. T.; AGUIAR, A. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 5, p. 895-905, out. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). *Projeto político pedagógico: a educação interprofissional na formação em saúde*. Santos: Unifesp, 2006. Disponível em: <[http://www2.unifesp.br/home-baixada/projetopedagogico\\_baixada.pdf](http://www2.unifesp.br/home-baixada/projetopedagogico_baixada.pdf)>. Acesso em: 1 mar. 2016.

VASCONCELOS, F. A. G.; BATISTA-FILHO, M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan. 2011.

VASCONCELOS, F. A. G.; CALADO, C. L. A. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 4, p. 605-617, ago. 2011.

VILLAGELIM, A. S. B. *et al.* A vida não pode ser feita só de sonhos: reflexões sobre publicidade e alimentação saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 681-686, mar. 2012.

YUKA, M. O que sobrou do céu. In: O Rappa. *Lado B lado A*, 1999.

---

Recebido para publicação em outubro de 2016  
Versão final em fevereiro de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Projeto financiado pelo CNPq - processo nº 479031/2008-8



# Revisão sistemática da literatura sobre *crack*: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual

*Systematic review of the literature on crack: analysis of its harmful use in the individual and contextual dimensions*

Mirna Barros Teixeira<sup>1</sup>, Elyne Montenegro Engstrom<sup>2</sup>, José Mendes Ribeiro<sup>3</sup>

**RESUMO** Este artigo visa investigar como se conformam, no Brasil e internacionalmente, as abordagens ao uso prejudicial do *crack* e outras drogas. Foi realizada uma revisão crítica da literatura acerca do padrão de consumo do *crack* e os fatores a ele relacionados com busca sistemática em bases eletrônicas no período de 2010 a 2016. Foram analisados 37 artigos por autor, ano, país do estudo, metodologia; padrão de consumo de *crack* e fatores individuais e contextuais relativos a esse uso. Conclui-se que a abordagem ao uso de drogas deve estar focada na perspectiva da redução de danos, na promoção da autonomia e dos direitos humanos, e não na utopia de eliminação do consumo e da produção de drogas.

**PALAVRAS-CHAVE** Cocaína *crack*. Redução de danos. Políticas públicas. Drogas ilícitas.

**ABSTRACT** *This article investigates how the approaches towards the harmful use of crack cocaine and other drugs are conformed in Brazil and worldwide. A critical revision of the literature has been made regarding the pattern of consumption of crack cocaine and its related factors through a systematic search in scientific publications electronic data bases between 2010 and 2016. 37 articles have been analyzed by author, year, country of the study, and methodology; crack cocaine consumption pattern, individual and contextual factors related to this consumption. The conclusion was that the approach towards the use of drugs should be focused on damage reduction perspective, promotion of autonomy and human rights, and not on the utopia of eliminating consumption and drugs production.*

**KEYWORDS** *Crack cocaine. Harm reduction. Public policies. Street drugs.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
mirna@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
engstorm@ensp.fiocruz.br

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
ribeiro@ensp.fiocruz.br

## Introdução

Por muitas décadas e em vários países, as políticas e ações voltadas ao uso de drogas eram focadas principalmente pelas lentes da justiça criminal. No entanto, é preciso considerar o uso prejudicial de drogas como um problema de saúde pública por sua magnitude elevada e crescente, por sua natureza multifatorial e pelas repercussões na saúde e na vida das pessoas, famílias e comunidades. Especialmente no século XXI, consolidam-se novos paradigmas que fortalecem o protagonismo da abordagem pela saúde pública, desenvolvendo-se modelos voltados para atenção integral, psicossocial e com estratégias para a Redução de Danos (RD) devido ao uso prejudicial de drogas. Essa nova forma de olhar o problema vem gerando tensões no campo da saúde, em suas diversas abordagens do cuidado ao usuário de drogas, assim como disputas com outros setores públicos e da sociedade que historicamente advogam ações coercitivas de afastamento e isolamento, na visão de um ‘fictício mundo sem drogas’.

Estima-se que 246 milhões de pessoas usem drogas mundialmente, em uma prevalência global de 5,2%, em que um entre dez usuários sofrerá de dependência da droga (cerca de 27 milhões de pessoas), sendo metade usuários de drogas injetáveis e boa parcela com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) (UNODC, 2015). O relatório mundial sobre drogas estimou 187.100 mortes relacionadas com o uso prejudicial de drogas (UNODC, 2015). Já um estudo brasileiro recente fez uma estimativa de usuários de *crack* (UC) regulares e/ou similares em 370 mil pessoas, o que corresponde a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do País (BASTOS; BERTONI, 2014).

Entre os vários tipos de Substâncias Psicoativas (SPA) existentes, o artigo tem como foco o uso prejudicial do *crack*, pelo uso disseminado e crescente no Brasil a partir dos anos 1990, pelo destaque na mídia e pela forte associação a aspectos de vulnerabilidade social (NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011).

O termo ‘*crack*’ é uma onomatopeia e se refere ao som produzido durante a sua produção;

cocaína e bicarbonato de sódio são dissolvidos em água e aquecidos até que se formem cristais de cocaína que produzem um característico estalido (*crack*). (HART, 2014, P. 163).

O seu surgimento no Brasil foi detectado por agentes redutores de danos que trabalhavam com drogas injetáveis. O uso do *crack* é menos significativo se comparado à distribuição e uso de vários outros tipos de drogas entre a população brasileira. No entanto, quando se foca em determinados segmentos da população mais vulneráveis, como a População em Situação de Rua (PSR), ele assume maior relevância (BRASIL, 2014).

Para estudar *crack* e outras drogas, partiu-se do pressuposto básico de que a droga sempre existiu na humanidade, que uma sociedade livre de drogas é uma falácia e que, portanto, seu uso problemático não diz respeito a todas as pessoas que as consomem (ESCOHOTADO, 1996). Segundo Hart (2014), apenas 25% das pessoas que experimentam qualquer tipo de SPA, das consideradas mais leves até as mais estigmatizadas como *crack* e heroína, fazem uso prejudicial. Na pesquisa sobre o perfil brasileiro dos UC, observou-se que a maioria consumia outras substâncias lícitas como álcool e tabaco, sendo o *crack* apenas uma das drogas consumidas em um amplo portfólio de SPA, sendo por isso denominados poliusuários. Outro achado importante é que embora nem toda população de rua seja usuário de drogas, um percentual relevante, cerca de 40% que se encontravam em situação de rua no momento em que foi realizada a pesquisa usavam *crack*. Bastos e Bertoni (2014) relataram ser o perfil geral dos UC composto na sua maioria de jovens, negros, de baixa escolaridade, vivendo em situação de rua e sem emprego fixo, apresentando-se como um grupo de extrema vulnerabilidade social. Assim, a compreensão do

uso prejudicial de *crack* como um problema social é fundamental para pensar em estratégias de intervenção.

A vulnerabilidade é um conceito aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública como, por exemplo, o uso prejudicial de *crack* e outras drogas. Reforça-se aqui que a abordagem da prevenção ao uso de drogas não depende apenas da informação acrescida da vontade do indivíduo, mas de uma série de fatores individuais, coletivos e contextuais, sendo a vulnerabilidade definida como

[...] a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES ET AL., 2005, P. 123).

No campo do cuidado às pessoas em uso prejudicial de drogas, é importante investir em ações redutoras de vulnerabilidades a esse uso, entendendo que essas pessoas não são vulneráveis, mas estão vulneráveis a algo, em algum grau, e em um tempo e espaço definido; ou seja, a vulnerabilidade é resultante da dinâmica relação entre os componentes individuais e sociais (AYRES, 2002; SODELLI, 2015). Nesse sentido, as intervenções e políticas públicas devem levar em conta a vulnerabilidade associada ao uso prejudicial de *crack* e outras drogas.

Este artigo aborda os fatores associados ao uso prejudicial de *crack* partindo de um modelo multidimensional de drogas (ZINBERG, 1984) que reforça a tese das drogas como um problema complexo, em que é preciso considerar três importantes dimensões de análise para sua intervenção: as características individuais (o indivíduo); os diferentes efeitos e usos ou padrão de consumo de SPA (a droga) e os fatores sociais envolvidos nesse consumo (o contexto). Segundo Fiore (2013, P. 6),

[...] não há substância nem um indivíduo como

elementos universais e objetivos, mas há contextos sociais e culturais diferentes, de substâncias diferentes e realizada por indivíduos diferentes e, sem a devida atenção a essas diferenças não é possível se compreender o fenômeno.

Dessa forma, diante da complexidade da discussão sobre drogas, objetiva-se, neste artigo, analisar a literatura brasileira e internacional acerca do padrão de uso do *crack*, suas especificidades e os fatores individuais e contextuais envolvidos nesse uso, de modo a compreender os fatores de vulnerabilidade social associados e refletir acerca das estratégias de intervenção em saúde pública.

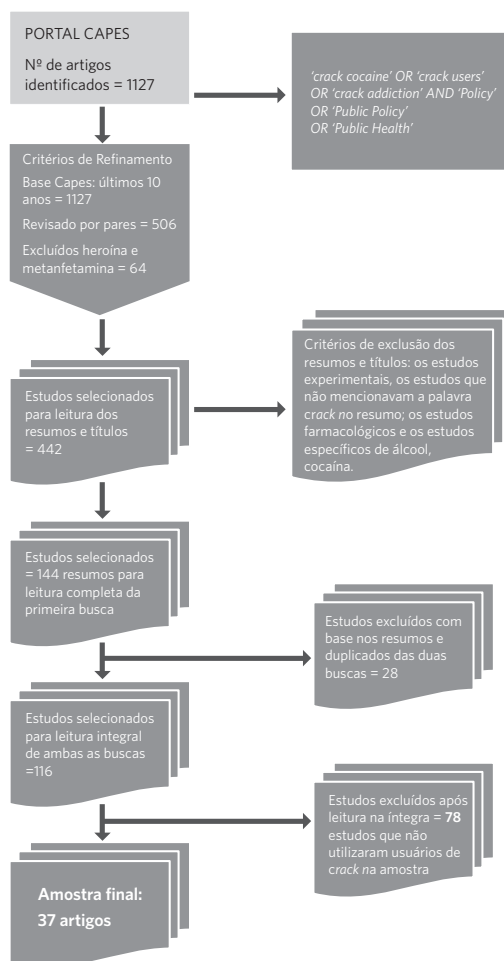
## Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre *crack*, que responde a uma questão norteadora usando métodos sistemáticos e explícitos para selecionar e avaliar pesquisas relevantes ao tema (SAMPAIO; MANCINI, 2007). Realizou-se busca em bases eletrônicas de publicações científicas, sendo identificadas as seguintes: Scopus; Public/Publisher Medline (PubMed); Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science; Elsevier e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Utilizou-se o Portal de Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) como fonte de referências, uma vez que ele oferece acesso a textos completos disponíveis em mais de 37 mil publicações periódicas, internacionais e nacionais e a diversas bases de dados. Como período de busca, utilizou-se os últimos seis anos de produção, de janeiro de 2010 a junho de 2016. Optou-se por tal período porque o debate sobre *crack* se ampliou nos últimos anos com o surgimento de novas políticas públicas como o Programa *Crack é Possível Vencer* (BRASIL, 2010). Cabe destacar, ainda, que já foi realizado um estudo similar de revisão sistemática sobre o tema pelos autores Zanotto e Buchele (2013) no período anterior de 2000 a 2010. Os descritores

e termos MesH consultados nas buscas foram: 'Crack users'; 'crack cocaine'; 'crack addiction' no campo 'título e/ou abstract'. Em seguida, foi feita uma combinação por meio do conector boleano *and* com 'Policy'; 'Public Policy'; 'Public Health', no campo 'Título e/ou abstract' + 'keywords'. Foram eleitos artigos nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram utilizados como critério de inclusão para seleção dos artigos: estudos que abordassem UC, publicados nas bases de dados no período definido e na língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Já como critérios de exclusão intencionais utilizou-se: os estudos experimentais, os estudos que não investigaram UC, os estudos farmacológicos e os estudos que abordaram outras drogas que não especificamente o *crack*. Para

definição dos artigos selecionados, foram feitas a leitura dos resumos e dos artigos completos por dois pesquisadores. Foi aplicado o protocolo AMSTAR (Assesment the Methodological Quality of Systematic Reviews) (SHEA ET AL., 2007) com alcance de 9 itens dentro dos 11 solicitados (apenas os itens 'não acesso a literatura cinzenta' e o 'não realização de teste de homogeneidade' não se aplicaram a esse tipo de revisão). A síntese do resultado da busca realizada nas bases pesquisadas se encontra sistematizada no fluxograma (figura 1). Ao se iniciar a leitura completa dos artigos, observou-se que 78 deles não abordavam diretamente estudos com usuários de *crack*, sendo, portanto, excluídos do estudo, ficando, assim, a análise crítica de 37 artigos completos.

Figura 1. Fluxograma



Na análise dos artigos, dois eixos temáticos foram criados como categorias emergentes: 1. Características do uso prejudicial de *crack*; 2. Fatores individuais e sociais associados ao uso prejudicial de *crack*. Cada artigo foi analisado segundo esses eixos, o ano de publicação e o país de estudo, sistematizados no *quadro 1*.

## Resultados

A distribuição temporal das 37 publicações analisadas foi a seguinte: 6 artigos (2010); 9 (2011); 5 (2012); 4 (2013); 7 (2014) e 6 (2015). No que se refere aos locais do estudo, 11 foram do Canadá, 19 do Brasil, 2 dos Estados Unidos, 2 de países europeus e 1 do México. Sobre o desenho, 21 foram estudos epidemiológicos

(ensaio de campo=1; coorte=5 e inquérito=15); 13 utilizaram metodologia qualitativa e 3 estudos adotaram ambas as metodologias (inquéritos e pesquisa social) (*quadro 1*). Sobre a seleção dos participantes, 15 estudos foram de base comunitária ou populacional, 13 estudos fizeram seleção a partir de serviços de saúde ou sociais e 2 estudos incluíram participantes de ambas as localizações. Destaca-se que 6 estudos incluíram em seu universo de estudo, de forma exclusiva ou complementar a outros grupos, PSR. Apenas 1 estudo foi realizado exclusivamente em gestante UC. A grande maioria dos estudos incluiu pessoas de ambos os sexos; 6 incluíram apenas homens e 3 apenas mulheres. A faixa etária dos participantes foi principalmente composta por adultos jovens (entre 18 e 50 anos).

Quadro 1. Análise dos artigos segundo a metodologia e eixos temáticos

AUTOR ANO PAÍS, ESTADO	METODOLOGIA:		Eixo 1: Padrão de consumo de <i>crack</i>	Eixo 2: Fatores individuais e contextuais (sociais) relacionados ao uso de <i>crack</i>
	Método Quanti/qualitativo, misto	População estudada (n, sexo, idade) Critério de inclusão, Base comunitária/serviços		
WERB <i>et al.</i> (2010) Canadá, Vancouver	Quantitativo (quanti), coorte Base comunitária N = 1603 usuários de <i>crack</i> (UC) em situação de rua Ambos os sexos.	Poliusuário	População em Situação de Rua (PSR)/ moradia instável Prostituição	
PAQUETTE <i>et al.</i> (2010) Canadá, Montreal	Quanti, conveniência Base comunitária N = 203 Jovens UC em situação de rua Média de 19 anos Ambos os sexos.	Poliusuário (cocaína) Idade de início de uso do <i>crack</i> : jovem	PSR Contexto familiar conturbado (história familiar de uso de SPA)	
FICSHER <i>et al.</i> (2010) Canadá, British Columbia	Misto: Quanti e Qualitativo (quali) N=148 UC Atendidos em centros comunitários sociais e de saúde	Poliusuário (álcool, maconha e opióides) Compartilhamento de apetrechos Uso em cachimbos	PSR/moradia instável Baixa renda Práticas ilícitas Comprometimento no estado de saúde	
OLIVEIRA; PONCE; NAPPO (2010) Espanha, Barcelona	Quali, etnografia, N = 30 UC na maioria homens; Média entre 20 e 40 anos Ambos os sexos	Poliusuário (álcool, heroína, opióides, metadona e ansiolítico) Baixo custo da droga Uso em cachimbos ou canudos Padrão de uso compulsivo Efeitos da droga: fases prazerosa, desagradável, fissura, depressão e alucinação	Baixa escolaridade Desemprego	

Quadro 1. (cont.)

ROTHERDAM- -BORUS <i>et al.</i> (2010) Estados Unidos, Los Angeles	Quanti, coorte N= 875 inicial e 425 no final UC em situação de rua inscritos em programas de Redução de Danos (RD) Ambos os sexos	Compartilhamento de apetrechos Padrão de uso compulsivo	Comportamento de risco sexual
RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO (2010) Brasil, São Paulo	Quali, análise temática N = 28 UC	Poliusuário (maconha e álcool) Padrão de uso compulsivo Tempo de uso durante a vida > 11 anos Uso coletivo (grupal) como fator protetor e em ambiente mais protegido Efeitos da droga (Fissura, paranoia) <i>Overdose</i>	Comportamento de risco sexual Desemprego Prostituição Práticas ilícitas
IVSINS <i>et al.</i> (2011) Canadá, Vitoria	Quali, entrevista semiestruturada Base comunitária N = 31 UC selecionados a partir de Programa de Distribuição de <i>Kits</i> uso seguro Ambos os sexos	Poliusuário Compartilhamento de apetrechos	Relação com a marginalidade; Comprometimento do estado de saúde (descuido no autocuidado) Percepção de insegurança pessoal e comunitária
MALCHY <i>et al.</i> (2011) Canadá, Vancouver	Quanti, 2 estudos seccional (antes e após a intervenção) Base comunitária N = 206 UC Ambos os sexos	Uso e compartilhamento de apetrechos	Comportamento de risco sexual
TI <i>et al.</i> (2011) Canadá, Vancouver	Quanti, coorte N = 503 UC Ambos os sexos	Uso e compartilhamento de apetrechos Dificuldade de aquisição de apetrechos como cachimbo Efeitos da droga: fissura	
TOBIN <i>et al.</i> (2011) Estados Unidos da América, Baltimore	Quanti, estudo seccional multicêntrico Base comunitária N =230 homens afrodescendentes; sendo 84 UC e 146 não UC; Prática homossexual nos últimos 3 meses. Sexo masculino	Poliusuário (maconha) Padrão de uso compulsivo	Comprometimento do estado de saúde Comportamento sexual de risco Identidade bissexual associada ao <i>crack</i> Relação com a rede social e sexual;
DIAS <i>et al.</i> (2011) Brasil, São Paulo	Quanti, coorte N =131 UC internados em hospital geral sendo N = 107 amostra final Ambos os sexos	Poliusuário (álcool, cocaína aspirada) Idade de início de uso: media 22 anos Número de pedras consumidas Padrão de uso compulsivo Abstinência após 12 anos de alta Dependência de <i>crack</i>	Relação com a marginalidade Maior exposição a situações de violência (óbito por homicídio)
NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA (2011) Brasil, São Paulo	Quali N = 75 mulheres UC > 14 anos Adulto jovem (média de 30 anos) Sexo feminino	Idade de início de uso: media 20 anos Uso e compartilhamento de apetrechos	Baixa escolaridade Desemprego Prostituição diariamente com 4 a 6 parceiros ao dia Gravidez e aborto Maior exposição a situações de violência Violência física (estupro) Comprometimento do estado de saúde Comportamento de risco sexual
CHAVES <i>et al.</i> (2011) Brasil, São Paulo	Quali N = 40 sendo 31 UC N = 9 ex UC > 18 anos atendidos na Rede de Saúde Adultos jovens Ambos os sexos	Padrão de uso compulsivo Número de pedras consumidas Efeitos da droga: fissura em 100% Uso coletivo (com amigos)	Baixa renda Baixa escolaridade Desemprego Prostituição Maior exposição a situações de violência



Quadro 1. (cont.)

HORTA <i>et al.</i> (2011) Brasil, Porto Alegre	Quanti; estudo seccional N = 95 UC atendidos em Caps e Capsad Sexo masculino	Poliusuário (maconha, álcool e nicotina) Idade de início de uso > 18 anos Padrão de uso compulsivo Número de pedras consumidas	Desemprego/sem ocupação regular Estigma
BISCH <i>et al.</i> (2011) Brasil	Quanti, estudo descritivo retrospectivo N=40 jovens entre 16 e 24 anos, Entrevistas com UC do Vivavoz (ser- viço de acolhimento telefônico do governo federal) Ambos os sexos	Poliusuário (maconha, álcool, tabaco e solventes) Padrão de uso compulsivo Consumo diário de <i>crack</i> Tempo de uso durante a vida (mais de 2 anos) Número de pedras consumidas	
ROY <i>et al.</i> (2012) Canadá, Montreal	Misto: Quanti e Quali Quanti: N= 387 (M/F), sendo 64 UC em situação de rua (PSR) e 323 usuários de cocaína atendidos em programas de Prevenção de HIV/HCV (serviços). Ambos os sexos	Preferência do uso do <i>crack</i> em relação à cocaína Efeitos da droga: efeitos mais rápido, menos marcas no corpo Baixo custo de aquisição e maior facilita- de na aquisição	
HANDLOVSKY <i>et al.</i> (2013) Canadá, Vancouver	Quali N = 27 UC mulheres em um Centro Comunitário de Atenção Social e Direitos Humanos. A idade média foi de 44,9 anos (de 22 a 59,5) Sexo feminino	Padrão de uso compulsivo ou esporádico Uso e compartilhamento de apetrechos <i>Overdose</i>	Contexto familiar como fator protetor Comprometimento do estado de saúde (hepatite, tuberculose, HIV) Relação com a rede de apoio social
TI <i>et al.</i> (2012) Canada, British Columbia	Quanti, 2 coortes, N = 914 UC; Ambos os sexos	Compartilhamento de cachimbos, sendo maior dificuldade de acesso ao cachimbo em mulheres	Prostituição Violência (presença policial dificultou acesso a praticas seguras) Comprometimento do estado de saúde (HIV positivo, lesões bucais, nos dedos e orofaringe)
ALVES; ARAÚJO (2012) Brasil, Porto Alegre	Ensaio Clínico quase experimental; N = 30 UC internados na Unidade de Dependência Química de Hospital Psiquiátrico Média de idade: entre 18 e 50 anos de idade Sexo masculino	Poliusuário (álcool, nicotina, <i>cannabis</i> , cocaína em pó) A idade de início do uso: 14,07 anos Número de pedras de <i>crack</i> consumidas Média de 7 pedras ao dia Efeitos da droga: Fissura e ansiedade	
PAIM KESSLER <i>et al.</i> (2012) Brasil, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador	Quanti, estudo seccional multicên- trico. N = 738: sendo 293 UC, 126 cocaína em pó e 319 outras drogas recruta- dos em 5 Centros de Tratamento de Drogas Ambos os sexos		Desemprego Contexto familiar conturbado Ilegalidade (atividades ilícitas e proble- mas judiciais) Maior exposição à situação de violência e agressão física, óbito por homicídio Comprometimento do estado de saúde Comorbidades com transtornos psiquiá- tricos: > taxa de DPAS em UC.
KOPETZ <i>et al.</i> (2014) EUA, Washington	Quanti, estudo seccional N = 211 UC em comunidade vulnerável e em tratamento residencial; Ambos os sexos		Baixa renda Comportamento de risco sexual princi- palmente em mulheres

Quadro 1. (cont.)

JORGE (2013) Brasil, Fortaleza	Quali N = 21 UC N = 15 trabalhadores do Capsad. Maioria homens, adultos jovens média 32 anos Ambos os sexos	Poliusuário Uso precedente de álcool, tabaco, maconha e cocaína em pó Padrão de uso compulsivo Busca incessante de prazer Maconha associado ao crack como redutor da fissura (RD) Compartilhamento de apetrechos Consumo em espaços públicos e privados Baixo custo de aquisição	Alternativa de consumo para população de baixa renda associado a maiores danos de saúde Relação com a marginalização social Uso em ambientes inóspitos Inibição da fome e prejuízo da alimentação Comprometimento do estado de saúde com lesões bucais Maior suscetibilidade a doenças
GABATZ <i>et al.</i> (2013) Brasil, Rio Grande do Sul	Quali N = 8 UC internados em hospital geral; Sexo masculino		Contexto familiar como fator protetor ou de risco Práticas ilícitas Maior exposição à situação de violência; Comprometimento do estado de saúde: Apoio social
a) SANTOS CRUZ <i>et al.</i> (2013a) b) SANTOS CRUZ <i>et al.</i> (2013b) Brasil, Rio de Janeiro e Salvador.	a) Quanti, inquérito, N = 160 UC jovens de 18 a 24 anos base comunitária b) Quali Grupo Focal com 16 jovens UC Base comunitária Ambos os sexos	Poliusuário	Relação com a marginalidade social e ilegalidade Práticas ilícitas Comprometimento do estado de saúde Comportamento sexual de risco
KUO <i>et al.</i> (2014) Canadá, British Columbia	Quanti, estudo seccional: clientes de 28 sites de RD Ambos os sexos	50% dos clientes eram UC Poliusuário Maconha associado ao crack como redutor da fissura	Alta taxas de PSR (desabrigados) Relação com a marginalidade social
STERK; ELIFSON; DEPADILLA (2014) EUA, Atlanta	Quanti, seccional N = 461 UC afrodescendentes adultos, Média de idade 46 anos Base comunitária Ambos os sexos	Espaços de consumo: 55% relataram usar crack somente em casa, ou casa de parentes e amigos íntimos Uso individual (14%) e coletivo Consumo em dias: menor em domicílio do que na rua e sozinho ou com amigos íntimos em relação a conhecidos Maior consumo quando há envolvimento com tráfico	PSR Moradia estável Prostituição/troca de sexo pela droga Práticas ilícitas (envolvimento com a distribuição da droga/tráfico); Maior exposição a situações de violência (violência comunitária, desordem social percebida pela comunidade)
URSIN (2014) Brasil, Salvador	Quali N = 11 UC jovens em situação de rua; Base comunitária Sexo masculino		PSR Práticas ilícitas
ZAVASCHI <i>et al.</i> (2014) Brasil, Porto Alegre	Quanti, N = 145 sendo 56 UC grávidas e 89 mulheres NUC (não usuários de crack) em estado puerperal em uma maternidade (hospital geral). Sexo feminino	Metade das grávidas UC relataram uso de crack na gestação	Baixa renda Gravidez (quase metade a gravidez foi planejada) Contexto familiar frágil (baixo suporte marital) Comprometimento do estado de saúde (HIV, hepatite C, sífilis) Comorbidades psiquiátricas com DPAS
PAULA <i>et al.</i> (2014) Brasil, Fortaleza	Quali N = 21 UC e familiares e trabalhadores em serviço especializado (Capsad)	Padrão de uso compulsivo Efeitos da droga: fissura	Práticas ilícitas Contexto familiar (atuando tanto como fator protetor como de risco) Maior exposição à situação de violência (violência familiar)

Quadro 1. (cont.)

MOURA <i>et al.</i> (2014) Brasil, Porto Alegre, São Paulo e Salvador	Quanti, estudo seccional, multicêntrico N = 771 usuários de drogas sendo 283 UC atendidos em serviços especializados de saúde Média de idade 31 anos Ambos os sexos	Poliusuário (maconha)	Contexto familiar conturbado
CRUZ <i>et al.</i> (2014) Brasil, Rio de Janeiro	Quanti, seccional, N = 111 UC jovens sendo 81 PSR (fora de tratamento) e 30 em tratamento com programa de internação	Fora de tratamento: compartilhamento de apetrechos	PSR Práticas ilícitas Relação com a marginalidade social Baixa escolaridade Sem ocupação regular (maior mendicância nos UC em situação de rua) Comportamento de risco sexual
NARVAEZ <i>et al.</i> (2014) Brasil, Pelotas	Quanti, seccional, base populacional; N = 1560 sendo 2,51% UC alguma vez na vida Base comunitária; Jovens entre 18 e 24 anos Maioria homens Ambos os sexos	Poliusuário (cocaína em pó)	Baixa renda Práticas ilícitas (porte de arma, envolvimento com tráfico de drogas) Maior exposição à situação de violência (Agressão; Violência policial, óbitos por homicídios) Mortalidade estimada em 20% Comportamento de risco sexual (uso menor de preservativos) Início da vida sexual aos 14 anos Comorbidades psiquiátricas (DPAS)
BERTONI <i>et al.</i> (2014) Brasil, Rio de Janeiro e Salvador	Quanti, seccional, N = 159 UC sendo 124 homens e 35 mulheres Base comunitária Maioria não brancos Ambos os sexos	Poliusuário (cocaína em pó) Tempo de uso de crack durante a vida: 4 anos para sexo M e 4,9 para sexo F Número de pedras ao dia: 10 pedras para homens e 8 para mulheres. Uso diário de crack: 53% dos homens relataram uso diário em relação a 68% das mulheres	PSR/Moradia instável Baixa escolaridade Sem ocupação regular/múltiplas fontes de renda (prostituição, trabalho remunerado, mendicância) Prostituição maior em mulheres/troca de sexo por drogas Maior emprego em homens Comprometimento do estado de saúde
MCNEIL <i>et al.</i> (2015) Canadá, British Columbia	Quali, N = 23 UC Idade média de 40 anos Base comunitária Ambos os sexos	Espaços de consumo: na rua, pouco acesso em espaços de uso seguro ( <i>Safe Smoke Room</i> ) Compartilhamento de apetrechos	PSR Baixa renda Maior exposição a violência Estigma
VALDEZ <i>et al.</i> (2015) México	Quali, N = 156 UC em situação de rua que não estão em tratamento Base comunitária Maiores de 18 anos Maioria homens Ambos os sexos	Poliusuário Espaços de consumo: ambiente privado e público Padrão de uso compulsivo e uso episódico Identificado 4 tipologias de padrão de consumo: 1. <i>Dabbler</i> : UC amador/recreativo (ocasional, fase inicial, uso em local semiprivado) 2. <i>Stable user</i> : UC estável e esporádico (ambiente privado, frequência uso intermitente, uso controlado com RD)	PSR Práticas ilícitas Sem ocupação regular, trabalho informal Contexto familiar conturbado ou fortalecido Relação com a rede social 1. <i>Dabbler</i> : rede social de não usuários; tem família inserção social 2. <i>Stable user</i> : trabalho informal, rede social de UC e não usuários 3. <i>Piedroso</i> : rede social predominante de UC e traficantes, uso crônico, envolvimento em atividades ilegais

Quadro 1. (cont.)

		3. <i>Piedroso</i> : Crack Head – UC crônico ou compulsivo (ambiente público e semi-público, uso de longo tempo, comportamentos focados na aquisição da droga)	4. <i>Old Head</i> : trabalho estável, envolvimento com atividades ilícitas, rede social de UC, poliusuário e alcoolista, longas histórias de encarceramento, obrigações sociais mínimas
GONÇALVES <i>et al.</i> (2015) Brasil, São Paulo	Quali; N = 27 sendo 20 UC N = 07 profissionais de saúde Base comunitária Idade entre 19 e 49 anos Ambos os sexos	Poliusuário (álcool; maconha, êxtase, cocaína em pó; benzodiazepínicos) Padrão de uso compulsivo Efeitos da droga: fissura e paranoia Maconha como RD: fator protetor e redução dos efeitos negativos, redução da quantidade de uso do <i>crack</i> e oferece menor estigmatização	PSR/moradia instável Baixa renda Desemprego Baixa escolaridade Contexto familiar com perda familiar Práticas ilícitas Maior exposição a situações de violência (ferimentos físicos) Estigmatização ('craqueiro')
VERNAGLIA; VIEIRA; SANTOS CRUZ (2015) Brasil, Rio de Janeiro	Quali, N = 31 UC em situação de rua Base comunitária (Manguinhos e Jacarezinho) Idade superior a 18 anos Ambos os sexos	Padrão de uso compulsivo Nas mulheres há cuidado responsável com os filhos enquanto os homens há desresponsabilização	PSR Baixa escolaridade Desemprego e trabalho informal Maior exposição a situações de violência (violência no cotidiano, agressão entre casais) Prostituição/troca de sexo por droga Gravidez planejada (a droga não seria responsável pela gestação) Sexo seguro com uso de preservativos Presença de uma rede social com compartilhamento de comida e pedra de <i>crack</i>

Fonte: Elaboração própria.

## Eixo 1: Características do uso prejudicial de *crack*

Nesse eixo, serão apresentadas as subcategorias do perfil de consumo dos usuários: poliusuários (entendido uso concomitante de outras SPA); presença de padrão compulsivo; e outras características.

Metade dos estudos citou pessoas poliusuárias, 51% dos estudos, sendo o *crack* associado principalmente à maconha, álcool, heroína, cocaína. Cabe destacar que Jorge *et al.* (2013) observaram predomínio de início do uso da cocaína na forma em pó, migrando para a fumada. Paquette *et al.* (2010) ressaltam que os jovens que usavam várias substâncias tinham maior risco de iniciar o uso de *crack*, sendo que, para cada tipo adicional de substância usada, o risco de iniciar o uso de *crack*

aumentou em cerca de 84%. A maconha, ao promover um padrão menos compulsivo, foi citada como droga usada para RD em 4 estudos (GONÇALVES *ET AL.*, 2015; JORGE, 2013; KUO *ET AL.*, 2014; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Quanto ao 'padrão de consumo de *crack*', seu efeito rápido e intenso faz com que a pessoa queira repetir o consumo, levando a um padrão compulsivo e heterogêneo. Quanto à periodicidade, foram relatados usos diário, semanal ou mensal, sendo que 6 estudos descreveram o número de pedras, variando de 1 a 14 pedras/dia (média 10/dia). O uso compulsivo ou exagerado foi denominado por alguns autores como 'padrão binge de consumo' (CHAVES *ET AL.*, 2011; DIAS *ET AL.*, 2011; JORGE, 2013) e foi mencionado em 14 estudos.

Quanto à relação de consumo e custo de aquisição, observou-se que o baixo custo do

*crack* e o aumento do preço da cocaína em pó promoveu a disseminação do seu consumo nas camadas sociais economicamente baixas. Em 3 estudos (JORGE, 2013; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA; PONCE; NAPPO, 2010), o *crack* se tornou uma alternativa ao consumo da cocaína em populações mais carentes, vindo a ser uma droga usada por populações mais pobres e marginalizadas; enquanto a cocaína está associada ao uso de pessoas com poder aquisitivo mais elevado e como símbolo de ostentação e poder.

Os efeitos do *crack* foram destacados em 13 estudos, sendo que 90% deles demonstraram a fissura como efeito principal e 5 associaram outros efeitos, como paranoia, depressão e ansiedade. A fissura por *crack* tem um papel fundamental no aumento da sua dependência, desencadeando um modo de uso compulsivo. Segundo relato de um usuário, “não existe uma [pedra] só. [...] você nem terminou a primeira [pedra], você já está pensando como você vai fazer para pegar a segunda” (CHAVES ET AL., 2011, P. 1171). Nesses episódios, é comum os usuários passarem dias consumindo apenas *crack*, álcool e cigarro. A ansiedade em querer fumar *crack* é tão grande que o indivíduo não consegue ficar parado, pois “o corpo dói, a mente dói, o coração gela, a boca do estômago trava” uma vez que o “corpo pede [...] é uma vontade pior que a fome” (CHAVES ET AL., 2011, P. 1172). Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) também identificaram que, como consequência da fissura, os usuários desenvolvem um padrão de uso obrigatório que envolve muitas vezes envolvimento com situações de alto risco para manter o consumo da droga como comportamento sexual de risco, ferimentos físicos e agressividade aumentada na presença da fissura.

Apenas 2 estudos discutiram a questão da abstinência. Dias *et al.* (2011) relataram a abstinência em relação a 32% dos usuários; a composição de um grupo de abstenção apoia a quebra do ceticismo quanto à possibilidade de abandonar o *crack* e de sustentar sua abstinência ao longo do tempo. Já Bisch

*et al.* (2011) identificaram que jovens UC que usaram mais de 31 pedras por dia não conseguiram abstinência no final do atendimento. Em relação à overdose, apenas 2 estudos relataram a sua ocorrência (HANDLOVSKY ET AL., 2013; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Foram identificados espaços de consumo, tanto coletivos quanto individuais, públicos ou privados (ruas, locais públicos para consumo; casa de amigos; própria casa). Observou-se que o fator financeiro influencia nos locais de uso. Usuários com melhor poder aquisitivo fazem uso em locais mais protegidos de forma a evitar riscos de agressões e violência.

O compartilhamento de apetrechos para uso de *crack* foi apontado por 9 estudos, demonstrando um padrão de uso inseguro dos UC, facilitando, por exemplo, a transmissão de HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana). Três estudos abordaram programas de distribuição de kits de uso seguro nas práticas de consumo de *crack* como estratégia de RD ao risco de transmissão de doenças infecciosas (MALCHY ET AL., 2011; ROTHERAM-BORUS ET AL., 2010). Houve uma preocupação com o uso do *crack* em latas já que o alumínio aquecido pode ocasionar lesão no tecido cutâneo causando o aparecimento de bolhas e feridas na boca e língua e aumentando o risco de contaminação por DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) (JORGE, 2013). Nesse sentido, 6 estudos apontaram o uso em cachimbos como estratégia de RD. Jorge *et al.* (2013) observaram que a forma de uso mais comum é na lata ou em cachimbos, sendo a substância absorvida de forma mais intensa.

Vale destacar, ainda, o estudo de Valdez *et al.* (2010) que definiu quatro tipologias de padrão de consumo de *crack*: 1. *Dabbler* – UC amador/recreativo (ocasional, fase inicial, uso em local semiprivado); 2. *Stable user* – UC estável e esporádico (ambiente privado, frequência uso intermitente, uso controlado com RD); 3. *Piedroso* – *Crack Head* – Usuário crônico ou compulsivo (ambiente público e semipúblico, uso de longo tempo); 4. *Old*

*Head* – Usuários de longo tempo (uso frequente ou episódico; ambiente privado ou semipúblico). Já Medina e Flach (2014) abordaram as formas de uso como funcional e disfuncional; e os modos de consumo como: experimental, eventual, recreativo ou social e dependente; este último quando o uso é incontrolável, compulsivo e intenso, provocando prejuízos para a saúde física, profissional, familiar e social.

## **Eixo 2: Fatores individuais e sociais associados ao uso de crack**

No que se refere às condições relacionadas com a maior vulnerabilidade pessoal e social, 11 artigos relacionaram o uso de *crack* à PSR não só no Brasil como em outros países, como o Canadá e EUA. Em um estudo no Canadá, observou-se que a iniciação ao uso de *crack* parece ser muito comum nessa população, com uma taxa de incidência de 136,6/1.000. No estudo de Paquette (2010), a taxa é ainda maior quando a análise se limita aos jovens que iniciaram o uso de drogas por uma nova via de administração de cocaína, com 205,8 casos/1.000.

Outro fator contextual importante associado aos UC é o desemprego ou a falta de uma ocupação regular. Segundo Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010), os UC ficam muitas vezes desempregados após alguns meses do uso de droga. Isso geralmente ocorre porque o usuário perde o interesse pelo trabalho ou não consegue mais obedecer às regras.

Quanto às fontes de renda dos UC, foram identificadas: o trabalho sexual, a prostituição e a mendicância. Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) identificaram a prostituição como a modalidade mais frequente usada pelas mulheres para a obtenção da droga, com risco iminente de infecção por DST/Aids.

Além das características pessoais, é plausível presumir que fatores externos, como o mercado de drogas e a rede social, podem influenciar nas escolhas que os jovens fazem

em relação ao consumo de SPA. O envolvimento dos UC com atividades ilícitas, como pequenos delitos, furtos e envolvimento com tráfico de drogas, foi outro fator social relatado nos estudos. Oliveira, Ponce e Nappo (2010) ressaltam que práticas de delitos podem estar relacionados com a fissura que o *crack* provoca. Outro fator relacionado com a ilegalidade foi a busca constante de dinheiro para a aquisição do *crack* e a marginalização social descrita em 8 estudos. Alguns deles realizados em comunidades vulneráveis, no Rio de Janeiro (SANTOS CRUZ ET AL., 2013A, 2013B), observaram que os comportamentos de riscos dos UC estão associados a pessoas economicamente marginalizadas, como a PSR. Essa relação foi vista, também, em estudo recente no Canadá, que mostrou que os UC estão entre os mais marginalizados socialmente, associados à alta taxa de desabrigados e à poliusuários, sendo o *crack* o mais prevalente; e a problemas de saúde como infecções por HIV (KUO ET AL., 2014).

O óbito por homicídio também foi a causa mais prevalente das mortes de UC segundo 3 estudos. Dias *et al.* (2011), em um estudo com UC após 12 anos de alta hospitalar, encontraram 27 ex-usuários que já haviam falecido em 107; dos que haviam falecido, 59% morreram de forma violenta, sendo a Aids a segunda maior causa de morte.

O estudo de Chaves *et al.* (2011) também ajuda a explicar o envolvimento do UC com atividades ilícitas, relatando que, uma vez que o *crack* adquiriu lugar de extrema importância na vida do indivíduo, a urgência em consumi-lo muda, muitas vezes, os valores que até então norteavam sua conduta, levando-o a realizar atividades que colocam em risco a sua integridade moral e física; pois o que está em foco é o uso de mais *crack*. Para a pessoa em fissura, perder a família, gastar altas quantias, descuidar do próprio corpo não parece tão ruim quanto não usar *crack*. Ursin (2014), em seu estudo em cenas de uso em Salvador, ressalta que o *crack*, como substância, aparece como um

mediador dando coragem para roubar; mas homicídios podem ou não ocorrer.

A busca obcecada pela droga suscita comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais. Observou-se que o uso da droga pode levar a delitos, tais como furtos e outras atividades que ajudem a consegui-la (GABATZ *ET AL.*, 2013). Mais um aspecto relacionado com a ilegalidade foi a presença do tráfico de drogas na rede de relações dos UC (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). Esses riscos são associados, principalmente, com a violência na 'boca' (lugar da venda da droga) causada por confronto com a polícia.

Kopetz (2014) encontrou resultados que sugerem que a experiência da exclusão social também pode ser um fator de risco importante relacionado com práticas de sexo inseguro, estando as mulheres mais vulneráveis.

Um outro aspecto social relevante é a estigmatização dos UC. O estigma envolvendo o uso de *crack* é bem maior que com outras drogas, devido a algumas características, como: morar na rua, usar a droga em grandes conglomerados de pessoas, estar muitas vezes sujo, com imagem associada a de um 'zumbi'. Ursin (2014) chama a atenção para a necessidade de desenvolver uma menor estigmatização, por meio de um debate público sobre o consumo de *crack*.

Outro fator social associado ao consumo de drogas foi o contexto familiar; considerado tanto como fator protetor (PAULA *ET AL.*, 2014; HANDLOVSKY *ET AL.*, 2013) quanto como fator de risco, quando o relacionamento familiar é problemático (GONÇALVES *ET AL.*, 2015; PAIM KESSLER *ET AL.*, 2012; PAQUETTE *ET AL.*, 2010). No estudo de Paquette *et al.* (2010), as pessoas que têm, no seu contexto familiar, um parente com problema de uso de SPA reduziram o risco da iniciação do *crack* em quase 50%.

Os trabalhadores de um serviço de saúde mental também associaram o uso do *crack* às relações familiares difíceis e pontuaram que a família é a principal motivadora das recaídas (PAULA *ET AL.*, 2014).

O estudo de Sterk, Elifson e Depadilla (2014) mostrou que o ambiente de desordem social percebida foi um preditor significativo para o número de dias de uso do *crack*. O envolvimento com distribuição de drogas e com o sexo também foi associado ao aumento do número de dias. A situação de gravidez e abortos em UC foi relatada em 3 estudos. Zavaschi *et al.* (2014) observaram que um grande número de UC tiveram um maior número de gestações e de partos prematuros e um QI (Quociente de Inteligência) mais baixo do que as não usuárias de *crack*. Essas UC pertenciam a uma classe social mais baixa, com etnia não branca e com frequência de uso de álcool e tabaco durante a gestação. É relevante dizer-se que 75% das UC não tiveram assistência pré-natal, por isso, apenas 25% informaram ter doenças infecciosas. 42% tiveram alguma infecção diagnosticada como HIV, hepatite C ou sífilis. Outro resultado encontrado foi que os bebês de mães UC pesavam significativamente menos do que o grupo de não usuárias. O estudo observou, ainda, que 47% relataram que a gestação foi planejada, o que levou os autores a indagar se isso poderia ser um resultado da dificuldade em fazer planos realistas na tentativa de recuperar a perda de outros filhos, já que a maioria dos bebês não ficaram com suas mães.

É esperado que os danos sociais e de saúde atinjam, de forma mais intensa, os grupos com maior vulnerabilidade (JORGE *ET AL.*, 2013). Assim, os estudos apontaram para um aumento nos fatores de risco e comprometimento no estado de saúde devido ao uso de *crack* relacionado com o comportamento de risco sexual. O relato de sexo inseguro foi descrito em 12 estudos.

Tobin *et al.* (2011), em sua pesquisa comparando as características da rede social e sexual de UC e de não usuários nos EUA, observaram que a rede sexual dos não usuários tinha um número muito maior de parceiros que usavam preservativos do que a rede de UC sendo, portanto, o uso de *crack* associado



ao aumento de risco sexual por práticas sexuais sem preservativos. Constataram, ainda, que a rede sexual dos UC é diversificada e que consiste de pessoas de ambos os sexos, levando a uma forte associação dos UC com a identidade bissexual e que 91% dos UC tiveram resultado positivo para HIV (TOBIN *ET AL.*, 2011). O *crack* também foi associado ao comportamento de risco sexual, em estudo recente realizado no sul do Brasil, no qual foi demonstrado que os UC têm maior probabilidade de não usar preservativos, apresentando, por isso, alto índice de comportamento sexual de risco com transmissão de HIV (NARVAEZ *ET AL.*, 2014). Corroborando esses achados, o estudo de Debeck *et al.* (2009), com UC que usam também drogas injetáveis, demonstrou que os fumantes diários de *crack* apresentam maior risco de soroconversão do HIV associado a comportamentos sexuais, bem como ao uso do *crack* em recipientes de vidros ou metal, que produzem ferimentos na boca e fazem com que esses usuários se tornem mais vulneráveis à transmissão do HIV. No Canadá, observou-se um grande aumento no uso de *crack* em Vancouver entre os usuários de drogas injetáveis em situação de rua (WERB *ET AL.*, 2010).

Três estudos abordaram a relação do UC com transtornos psiquiátricos, relacionando os UC com a Desordem de Personalidade Antissocial (DPAS) que pode afetar o resultado dos tratamentos. Observaram, também, que UC são mais marginalizados economicamente e apresentam comportamento sexual de risco com comprometimento em seu estado de saúde. Outro resultado importante foi a baixa utilização dos serviços sociais e de saúde de UC. Essa baixa utilização pode estar associada às dificuldades de acesso a esses serviços devido tanto à distância por causa de meios de transporte quanto ao horário de funcionamento desses serviços e ao estigma dos UC pelos profissionais de saúde (PAIM KESSLER *ET AL.*, 2012; STERK; ELIFSON; DEPADILLA, 2014; ZAVASCHI *ET AL.*, 2014).

## Discussão

Em síntese, os estudos apontam para um uso do *crack* mais próximo do padrão compulsivo, associado à vulnerabilidade social, embora existam relatos de uso eventual e recreativo, contrariando a divulgação na mídia de que o *crack* é extremamente viciante e leva a morte em pouco tempo.

Observou-se, ainda, que os fatores sociais e contextuais associados ao uso de *crack* estão relacionados com a maior exposição a situações de violência, marginalização, gravidez, de estar em situação de rua e a estar mais expostos a fatores de risco para a saúde, como comportamento de sexo inseguro, compartilhamento de apetrechos para uso de *crack* e um grande número de parceiros sexuais que levam a uma maior exposição às doenças infectocontagiosas, principalmente o HIV.

Ao se considerar que a maioria dos estudos adotaram mais métodos quantitativos e menos de pesquisa social, houve evidências relevantes quanto à dimensão epidemiológica e clínica dos padrões de consumo, persistindo, ainda, lacunas no conhecimento em torno das políticas públicas sobre drogas, suas motivações políticas e seus modelos de intervenção. Por isso, talvez seja necessário investigações por parte de outros campos além da saúde pública, como a ciência política, a economia e o direito.

O cuidado aos UC e outras drogas, histórico pela área social e pela segurança pública, vem sendo marcado pela baixa integração com outros setores como o do trabalho, da educação e da saúde. Apesar da crescente assumpção do uso de drogas como um importante problema de saúde pública e da não criminalização do usuário, as políticas de atenção à saúde ao UC têm-se mostrado ainda de baixa cobertura, com barreiras de acesso a esses usuários.

Há que se pensar novos modelos de atenção, que considerem a complexidade e vulnerabilidade do cuidado a usuários de drogas, em especial aos do *crack*, haja vista

sua relação com PSR, com morbimortalidade elevada por agravos de diferentes naturezas, com violência e exposição a fatores individuais, ambientais e sociais de risco para a vida e saúde. Além disso, a ocorrência de problemas com a polícia ou a justiça; o desemprego; o envolvimento em situações de violência traduzem problemas importantes associados ao uso do *crack*, o que gera necessidades de ações intersetoriais.

No Brasil, a pesquisa nacional sobre o perfil dos UC (BASTOS; BERTONI, 2014) identificou um perfil de extrema vulnerabilidade social e exclusão, necessitando-se ações de saúde abrangentes, integrais e intersetoriais, como oferta de banho, alimentação e apoio para completar a educação e conseguir trabalho.

As políticas e práticas devem seguir na luta da ‘contrafissura’, conceito de Lancetti (2015) que aborda a discussão do tema das drogas como parte do “conjunto-droga: produção-comercialização-judicialização-repressão-cuidado-terapêuticas-exposição midiática” (LANCETTI, 2015, P. 15).

A questão do *crack* e outras drogas torna-se, a cada dia, mais complexa ao envolver os meios biológico, social, psicológico e cultural das pessoas em seu uso prejudicial. Questões como desemprego, pessoas vivendo em situação de rua e desigualdade social geram um novo cenário de vulnerabilidades que precisam ser levadas em consideração na abordagem aos usuários de drogas (ZANOTTO; BUCHELE, 2013).

A compreensão dos padrões de uso, como a compulsão e a fissura gerada pelo uso do *crack*, é importante no delineamento de ações de controle do consumo. A existência do controle da fissura sugere que o fenômeno do uso de *crack* ultrapassa seus efeitos farmacológicos e é influenciado por questões sociais, ambientais e emocionais. Essas questões poderiam ser mais bem exploradas pelos profissionais que atuam com atendimento a usuários de drogas e com elaboração de políticas públicas sobre o tema (CHAVES ET AL., 2011).

No âmbito do tratamento ou das

estratégias de intervenção, várias medidas são importantes. Horta *et al.* (2011) e Jorge (2013) recomendam como iniciativa redutora de riscos e danos facilitar o acesso de usuários de *crack* aos serviços do Sistema Único de Saúde. Pessoas com maior comprometimento social parecem não chegar às redes de saúde, o que remete à necessidade de os municípios implementarem estratégias de facilitação do acesso, com maior envolvimento de agentes comunitários de saúde; com os Programas de Redução de Danos (PRD) ou com os Consultórios na Rua, ou outras ações de aproximação entre comunidade e serviços. Estratégias promissoras no âmbito da saúde pública de RD, como a distribuição de apetrechos para uso seguro de *crack*; provisão de espaços públicos para uso supervisionado de drogas e ações educativas e de promoção de saúde estreitando o contato dos profissionais de saúde com os UC, podem ajudar a promover uma menor estigmatização (DEBECK ET AL., 2009; PAQUETTE ET AL., 2010; MALCHY ET AL., 2011; URSIN, 2014).

Os formuladores de políticas públicas brasileiras deveriam priorizar as iniciativas que promovam mudança social e ativem a cidadania, com estratégias de RD que necessitam continuar em destaque na agenda política.

Como limitações do presente estudo, pode-se destacar o tempo que ficou limitado aos últimos seis anos e a não utilização de teses, escolhas já explicitadas na seção de metodologia. Justifica-se, ainda, a não realização de análises estatísticas e a adoção de critérios quantitativos para a avaliação da qualidade dos artigos, considerando-se tratar aqui de revisão exploratória da literatura o máximo possível inclusiva, diante da complexidade do tema estudado e de sua aplicação para políticas públicas.

## Considerações finais

A abordagem ao uso de drogas, em especial ao *crack*, deve estar focada na perspectiva

da RD, um modelo de saúde que defende a vida, a autonomia, os direitos e o respeito as pessoas, e não na utopia de eliminação do consumo, produção e comercialização de drogas, como advogam defensores de políticas de ‘Guerra às Drogas’ e o proibicionismo (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Considera-se que coexistem diferentes abordagens que norteiam as pesquisas e as práticas com os usuários de drogas, são elas: 1. ‘Guerra às Drogas’ ou modelo moral/criminal, que tem como objetivo maior o combate ao tráfico de drogas e a criminalização dos usuários e de traficantes, visando um mundo livre de drogas. Está associado a um discurso antidrogas, fruto de vários tratados internacionais que tem como compromisso a prevenção do consumo e a repressão da produção e oferta (MARLATT, 1999). 2. O modelo da doença (MARLATT, 1999), no qual o uso de drogas é avaliado como um ato moral, em que a abstinência é o objetivo final. Nesse modelo, o tratamento dos usuários de drogas tem a internação ou o isolamento com objetivos para impedir o acesso dos usuários à SPA visando interromper o uso. Aqui, o uso abusivo de drogas é tratado como dependência química, como uma doença crônica com indicação de internação hospitalar, visando à estabilização do quadro (DIAS ET AL., 2011; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). 3. O modelo de atenção psicossocial que oferta um cuidado de base comunitária no território e é centrado no discurso do respeito às diferenças, à defesa da vida, ao direito à liberdade e à dignidade da pessoa humana, cujo objetivo é a inclusão social ou reinserção social, que se contrapõe às práticas de recolhimento dos usuários de drogas em abrigos à internação compulsória. Esse modelo tem como principal dispositivo institucional a rede de atenção psicossocial constituída por dispositivos abertos de natureza territorial e comunitária (AMARANTE, 2007; BOKANY, 2015). 4. A abordagem da RD, que se direciona à oferta

de cuidados que minimizem as consequências adversas do uso prejudicial de drogas, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. A terapêutica pautada na RD é considerada de ‘baixa exigência’ por não exigir dos usuários a abstinência como um requisito obrigatório, tornando-se uma estratégia desenvolvida também para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde (HART, 2014; LANCETTI, 2015; PASSOS; SOUZA, 2011). 5. Por último, têm-se o debate da descriminalização e da legalização das drogas, que compreende que o uso delas não deve ser considerado crime; assim, ao usuário deve ser ofertado tratamento e cuidado, e não reclusão em ambiente prisional (BOTTINI, 2015).

O compromisso dos profissionais e gestores da saúde é promover acesso a um cuidado integral nos moldes da atenção psicossocial e da RD. Para isso, é necessário investir-se em estratégias de cuidado emancipadoras, que incluam informação clara proporcionando autonomia aos usuários. Para pessoas que optem pelo uso de drogas, há estratégias de RD na saúde pública, que minimizam os danos à saúde e à vida.

Como contribuição para a formulação de políticas e ações de saúde pública no Brasil, pode-se concluir que o foco das ações e estratégias de intervenção não podem ter como finalidade exclusiva e principal a missão de reduzir o número de usuários dependentes e com problemas decorrentes do uso de drogas, mas sim de investir em políticas públicas que priorizem o acesso e a qualidade da atenção integral, com práticas de promoção da saúde, no âmbito de uma rede de saúde humanizada e integrada a outras ações intersetoriais, cujo objetivo principal seja a defesa da vida e da cidadania das pessoas. ■

## Referências

- ALVES, G. S. L.; ARAUJO, R. B. The use of cooperative games to treat crack-dependent patients hospitalized at a detoxication unit. *Rev Bras Med Esporte*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 77-80, 2012.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002.
- AYRES, R. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 117-140.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Icict; Fiocruz, 2014.
- BERTONI, N. *et al.* Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. *Int. J. Equity Health*, Londres, v. 13, 2014.
- BISCH, N. K. *et al.* Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 31-39, mar. 2011.
- BOKANY, V. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.
- BOTTINI, P. C. *Crime de porte de drogas para uso próprio e o Supremo Tribunal Federal*. Rio de Janeiro: Viva Rio, 2015.
- BRASIL. Ministério da Justiça. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1*. 7. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto no 7.179. Brasil. Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm)>. Acesso em: 1 nov. 2016.
- CHAVES, T. V. *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, dez. 2011.
- CRUZ, M. *et al.* Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Abuse Treat Prev Policy* v. 9, 2014. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1186/1747-597x-9-2>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- DEBECK, K. *et al.* Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ*, Quebec, v. 181, n. 9, p. 585-589, out. 2009.
- DIAS, A. C. *et al.* Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil (clinical report). *Journal of Substance Abuse Treatment*, Nova York, v. 41, n. 3, p. 273, 2011.
- ESCOHOTADO, A. *A História de las drogas*. Madri: Alianza Editorial, 1996.
- FISCHER, B. *et al.* Social, health and drug use characteristics of primary crack users in three mid-sized communities in British Columbia, Canada. *Drug-Educ. Prev. Policy*, Londres, v. 17, n. 4, p. 333-353, 2010.
- FIORE, M. *Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. Campinas: Unicamp, 2013.
- GABATZ, R. I. B. *et al.* Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, 2013.
- GONÇALVES, V. M. *et al.* Following up crack users

- after hospital discharge using record linkage methodology: an alternative to find hidden populations. *BioMed Research International*, Nova York, v. 2015, p. 1-5, 2015.
- HANDLOVSKY, I. E. *et al.* The process of safer crack use among women in Vancouver's Downtown Eastside. *Qual Health Res.*, Toronto, v. 23, n. 4, p. 450-462, abr. 2013.
- HART, C. *Um Preço Muito Alto*: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- HORTA, R. *et al.* Crack cocaine users who attend outpatient services. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2262-2269, 2011.
- IVSINS, A. *et al.* Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada-A qualitative exploration. *Int. J. Drug Policy*, Nova York, v. 22, n. 4, p. 292-300, 2011.
- JORGE, M. Ritual de consumo de crack: aspectos socioantropológicos repercussões para a saúde do usuário. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, out. 2013.
- KOPETZ, C. *et al.* Gender and social rejection as risk factors for engaging in risky sexual behavior among crack/cocaine users. *Prev. Sci.*, Nova York, v. 15, n. 3, p. 376-384, 2014.
- KUO, M. *et al.* A drug use survey among clients of harm reduction sites across British Columbia, Canada, 2012. *Harm reduction journal*, Quebec, v. 11, n. 13, 2014.
- LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.
- MALCHY, L. A. *et al.* Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits? *Can J Public Health*, Quebec, v. 102, n. 3, p. 188-192, 2011.
- MARLATT, G. A. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: \_\_\_\_\_. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MCNEIL, R. *et al.* "We need somewhere to smoke crack": an ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy*, Nova York, v. 26, n. 7, p. 645-652, 2015.
- MEDINA, M. G.; FLACH, P. M. V. Políticas de Prevenção e Cuidado ao Usuário de Substâncias Psicoativas (SPA). In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479-500.
- MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. V. Políticas de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479-500.
- MOURA, H. *et al.* Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*, São Paulo, v. 69, n. 7, p. 497-499, 2014.
- NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, set. 2012.
- NAPPO, S.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L. Crack, AIDS, and women in Sao Paulo, Brazil. *Subst. Use Misuse*, Nova York, v. 46, n. 4, p. 476-485, 2011.
- NARVAEZ, J. C. M. *et al.* Violent and sexual behaviors and lifetime use of crack cocaine: A population-based study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Berlin, v. 49, n. 8, p. 1249-1255, 2014.
- OLIVEIRA, L. G.; PONCE, J. D. C.; NAPPO, S. A. Crack cocaine use in Barcelona: a reason of worry. *Subst. Use Misuse*, Nova York, v. 45, n. 13, 2010.
- PAIM KESSLER, F. H. *et al.* Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems. *American Journal on Addictions*, Washington, v. 21, n. 4, p. 370-380, 2012.

- PAQUETTE, C. *et al.* Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: A first look at the phenomenon. *Drug and Alcohol Dependence*, Dublin, v. 110, n. 1, p. 85-91, 2010.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, abr. 2011.
- PAULA, M. *et al.* Crack users in treatment: experiences, meanings and senses. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 87-98, jan./mar. 2014.
- RIBEIRO, L.; SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health*, Londres, v. 10, 2010.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *O tratamento de usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.
- ROTHERAM-BORUS, M. *et al.* Reducing HIV risks among active injection drug and crack users: the safety counts program. *AIDS behav.*, Nova York, v. 14, n. 3, p. 658-668, 2010.
- ROY, E. *et al.* Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montréal. *Drug and Alcohol Review*, Sydney, v. 31, n. 1, p. 72-80, 2012.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. *Braz J Phys Ther*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
- SANTOS CRUZ, M. *et al.* Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy*, Liverpool, v. 24, n. 5, p. 432-438, 2013a.
- SANTOS CRUZ, M. *et al.* Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil, *BMC Health Services Research*, Londres, v. 13, p. 536, 2013b.
- SHEA, B. J. *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, Londres, v. 7, n. 1, dez. 2007.
- SODELLI, M. Drogas, prevenção e as ações redutoras de vulnerabilidades. In: BOKANY, V. (Org.). *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 223-235.
- STERK, C.; ELIFSON, K.; DEPADILLA, L. Neighbourhood structural characteristics and crack cocaine use: Exploring the impact of perceived neighbourhood disorder on use among African Americans. *Int J Drug Policy*, Liverpool, v. 25, n. 3, p. 616-623, 2014.
- TI, L. *et al.* Difficulty accessing crack pipes and crack pipe sharing among people who use drugs in Vancouver, Canada (report). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Londres, v. 6, p. 34, 2011.
- TI, L. *et al.* Factors associated with difficulty accessing crack cocaine pipes in a Canadian setting (report). *Drug and Alcohol Review*, Sydney, n. 7, 2012.
- TOBIN, K. E. *et al.* A Comparison of the social and sexual networks of crack-using and non-crack using african american men who have sex with men. *J Urban Health*, Carolina do Norte, v. 88, n. 6, p. 1052, 2011.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report*. Viena: OMS, 2015.
- URSIN, M. “Crack ends it all?” A study of the interrelations between crack cocaine, social environments, social relations, crime, and homicide among poor, young men in urban Brazil. *Contemp Drug Probl*, Nova York, v. 41, n. 2, p. 171-199, 2014.
- VALDEZ, A. *et al.* Emerging patterns of crack use in Mexico City. *Int J Drug Policy*, Liverpool, v. 26, n. 8, p. 739-745, 2015.
- VALDEZ, A. *et al.* Fumando la piedra: emerging patterns of crack use among latino immigrant day laborers

in New Orleans. *J Immigr Minor Health*, Nova York, v. 12, n. 5, p. 737-742, 2010.

VERNAGLIA, T. V. C.; VIEIRA, R. A. M. S.; CRUZ, M. S. Crack cocaine users living on the streets - gender characteristics. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1851, 2015.

WERB, D. *et al.* Modelling crack cocaine use trends over 10 years in a Canadian setting. *Drug Alcohol Rev*, Oxfordshire, v. 29, n. 3, p. 271-277, 2010.

ZANOTTO, D.; BUCHELE, F. Revisão sistemática sobre crack: aspectos relacionados ao uso e abuso. *Saúde*

*debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. esp., p. 12-20, dez. 2013.

ZAVASCHI, M. L. S. *et al.* Socio-demographic and clinical characteristics of pregnant and puerperal crackcocaine using women: Preliminary data. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 121-123, 2014.

ZINBERG. *Drug, set and setting*. Connecticut: Yale University, 1984.

---

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em outubro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Financiamento: não houve



# Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência

*Street approach to people who use psychoactive substances: an experience report*

Satila Evely Figueiredo de Souza<sup>1</sup>, Cleiana Francisca Bezerra Mesquita<sup>2</sup>, Fernando Sérgio Pereira de Sousa<sup>3</sup>

**RESUMO** Relatou-se a experiência da Equipe de Abordagem de Rua do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Estudo descritivo, relato de experiência, a partir de relatórios mensais e diário de campo. Evidencia-se a desafiadora inserção e convivência dessa equipe em uma comunidade em situação de rua que sobrevive com a exclusão social por ser usuária de drogas, assim, os profissionais disponibilizam um acompanhamento alicerçado na acolhida, escuta e vínculo. As práticas possibilitaram ações singulares ao trabalhar no contexto 'extramuros' com a subjetividade de cada usuário no meio social, proporcionando a conexão entre o cuidado de saúde integral e a realidade social.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Promoção da saúde. Meio social.

**ABSTRACT** *We report the experience of the Street Approach Team of the Psychosocial and Alcohol and Other Drugs Care Center. It is a descriptive study, of experience report, from monthly reports and field journals. We highlight the challenging integration and coexistence of this team in a homeless community living on social exclusion because they are drug users, thus, professionals offer a grounded monitoring in welcoming, listening and bonding. The practices allowed individual actions by working in the 'extramural' context with the subjectivity of each user in the social environment and providing the connection between the care aspects of health and social reality.*

**KEYWORDS** *Mental health. Substance-related disorders. Health promotion. Social environment.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Tocantins (UFT), Hospital de Doenças Tropicais (HDT) – Araguaína (TO), Brasil.  
satilaevely@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Núcleo de Apoio à Saúde da Família do (Nasf) – Floriano (PI), Brasil.  
cleyana@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal do Piauí (UFPI), Curso de Enfermagem – Floriano (PI), Brasil.  
fernando\_sergio\_1@hotmail.com

## Introdução

As Políticas Públicas de Saúde, historicamente, permitiram a existência de uma lacuna assistencial em relação ao cuidado aos usuários de Substâncias Psicoativas (SPAs), uma vez que a questão das drogas era referenciada para instituições de justiça, segurança pública e associações religiosas. Assim, sendo o indivíduo considerado doente e incapaz de responder por suas escolhas, os modelos de tratamento tradicionais convergiam para o uso imperativo da abstinência da droga como a única opção de tratamento (PASSOS; SOUZA, 2011).

Durante as últimas décadas, houve significativos avanços na Política Nacional sobre Drogas, modificações importantes na lei sobre drogas, novos dispositivos para promoção de acolhimento e cuidado, além de ações voltadas para redução de danos.

Nesse sentido, a Lei Federal nº 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crime e fez avançar um pouco mais, na medida em que afastou o uso de drogas do âmbito policial (supressão da pena de prisão para usuários de drogas), aproximando-o mais das questões da saúde (FONSÊCA, 2012).

É nessa linha de entendimento que a Política de Redução de Danos (PRD), principal pilar da atenção aos usuários de SPAs na perspectiva do modelo psicossocial defendido como política pública no Brasil, constitui-se como um conjunto de ações de saúde pública voltadas para a minimização das consequências adversas causadas pelo uso abusivo relacionadas com o uso de drogas. Sabe-se que, embora a grande maioria dos usuários de álcool e outras drogas não tenha muitas complicações/problemas em suas vidas, devido ao seu uso,

muitas pessoas desenvolvem problemas, em especial agravos à saúde, em consequência do uso de drogas, alguns muito graves. É de responsabilidade do poder público cuidar desses agravos, e a PRD amplia a possibilidade desse cuidar (UFSC, 2014).

A PRD entende saúde, em seu sentido mais amplo, como saúde integral do ser humano que, para esse fim, considera que a autonomia é indispensável. A pessoa que faz uso de SPAs, na perspectiva da PRD, é vista como ser ativo, capaz e útil para seus pares e para a sociedade, sendo o protagonista de sua própria história de vida, e não relegado a um papel passivo. É um cidadão de direitos, e não deve perder seus direitos por fazer uso de SPAs ilícitas (SANTOS; MALHEIROS, 2010).

O desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas deve ser articulado e planejado de forma a considerar toda a complexidade e amplitude envolvida no cenário histórico, político e social do ritual do uso de SPAs, compreendendo que o processo do sofrimento que acarreta o uso abusivo dessas substâncias não se restringe à esfera biológica ou orgânica, mas a uma vivência de desconforto na sociedade e à relação subjetiva do usuário com a SPAs trazendo consigo suas experiências pessoais na forma de se relacionarem consigo e com a vida em coletividade, bem como a forma de reagir ao ser moldado por essa expressão social que constrói e ressignifica o seu viver.

A redução de danos situa o uso de drogas como uma questão de saúde pública, visando à elaboração de estratégias de cuidado mais próximas da realidade, juntamente com as pessoas que fazem uso/abuso de psicoativos. Ao adotar uma postura pragmática e ampliada, a redução de danos traz noções de cuidado e autocuidado contextualizadas e compartilhadas, valorizando a autonomia da pessoa que faz uso de drogas (DANTAS; CABRAL; MORAES, 2014).

Ao seguir essa lógica, a Equipe de Abordagem de Rua (EAR) foi criada, em outubro de 2013, com o intuito de realizar

atividades de redução de danos em locais onde os usuários de SPAs se concentram. Essa equipe inicialmente foi formada por uma psicóloga, um redutor de danos, uma enfermeira e um técnico em enfermagem, posteriormente foi adicionada a essa equipe uma assistente social.

Diante da implantação das ações dessa EAR e em conformidade com a Política de Saúde Mental e a Política sobre Drogas, este estudo tem por objetivo relatar uma experiência vivenciada por uma EAR do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (Capsad tipo III), na abordagem na rua sob a lógica da PRD, evidenciando a atenção integral à pessoa que faz uso de SPAs.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, a partir da experiência de uma equipe do Capsad III que trabalha com a abordagem na rua de usuários de substâncias psicoativas.

O relato de experiências é um tipo de fonte de informação dedicada à coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema (BIREME, 2011).

O cenário escolhido foi o bairro Bosque, situado na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina. Esse espaço comunitário é considerado de baixa renda e com concentração de pessoas que vivem em vulnerabilidade social, localizado próximo às margens do rio Parnaíba, onde há uma grande concentração de usuários de substâncias psicoativas, baseado em dados empíricos e comercialização frequente de SPAs. Havendo também outras problemáticas, entre elas: situação de pobreza, com nenhum ou pouco acesso ao sistema formal de saúde e educação, que vivem em situação de risco pessoal e social. Desemprego, prostituição, venda de objetos furtados, rompimento de laços afetivos, familiares e sociais,

violência de todas as formas são alguns dos motivos mais citados que conduzem essas pessoas à situação de rua, espaço público precarizado por elas utilizado como moradia ou provedor do sustento.

O relato tem como base os relatórios mensais e o diário de campo utilizado pela equipe multidisciplinar, que foram preenchidos pelos profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, redutor de danos, assistente social e psicólogo), após a finalização da rotina da abordagem, que foram desenvolvidas nos primeiros seis meses de intervenção (outubro de 2013 a março de 2014).

As atividades da equipe foram iniciadas, e estabeleceram-se as sextas-feiras como os dias para realização das ações. A proposta é trabalhar a redução de riscos e danos no local onde o usuário faz uso frequente, desenvolvendo assim uma relação de cuidado e respeitando suas particularidades, bem como o contexto em que está inserido esse sujeito.

Foram realizadas reuniões pré-campo e pós-campo, com o intuito de discutir estratégias e planejar as ações a serem desenvolvidas. É válido destacar as principais barreiras encontradas no início do trabalho, entre elas, a dificuldade na formação de vínculo com os usuários de SPAs, em que se pôde perceber a questão do receio inicial por parte desses sujeitos, sendo questionadas as intencionalidades dos profissionais. No entanto, logo essa dificuldade foi superada, possibilitando a construção de vínculos com alguns usuários, que prontamente repassavam para os outros as reais intenções da equipe.

## Resultados e discussão

### O caminhar da experiência

Os primeiros passos, dados pela EAR, deram-se pela necessidade de trabalhar na perspectiva 'extramuros' para promoção de cuidados direcionados às pessoas que fazem uso de SPAs.

O modelo dessa abordagem se desenvolveu sob a ótica da PRD e foi espelhado, também, na atuação do Consultório de Rua. Devido ao fato de o município em questão não possuir população suficiente para adesão a este dispositivo, partiu-se desses pressupostos.

O surgimento dos Consultórios de Rua, com base em uma experiência idealizada e proposta pelo Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, estado da Bahia, Brasil, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento extramuros, objetivando promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários de rua e promoção de laços sociais com enfoque intersetorial. A avaliação dessa experiência, realizada entre 1999 e 2006, foi considerada exitosa, permitindo a inclusão do Consultório de Rua no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Pead), e em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* (BRASIL, 2010B).

O trabalho da EAR consistiu na prestação de cuidados, por meio da promoção de estratégias de PRD relacionada com os cuidados das pessoas que fazem uso de SPAs, propondo orientações e intervenções em relação à saúde e problemáticas sociais.

Essa abordagem na rua se justifica pelo fato que o consumo de álcool e outras drogas e as consequências sanitárias e sociais tanto para a comunidade como para os usuários chamam a atenção de diversos segmentos da sociedade, pois não raro relaciona-se com a dependência dessas substâncias e com a vulnerabilidade social (BRASIL, 2010B, 2011). Algumas pesquisas alegam que o (aumento do) consumo dessas substâncias é reflexo de uma sociedade que estimula o consumo imediato de objetos (incluindo as drogas psicoativas) como uma alternativa para aliviar os sofrimentos (TONDIN; BARROS NETA; PASSOS, 2013).

Sobre a PRD, Nery Filho *et al.*, (2009) colocam que é uma estratégia de trabalho que não se desenvolve em função da substância, mas das circunstâncias humanas de uso; a redução de danos tem de ser uma

ferramenta permanente de proteção à vida.

Entre as promoções de cuidado, encontravam-se o acolhimento no território, escuta terapêutica, orientações acerca da saúde e também questões relacionadas com a cidadania, como orientação sobre emissão de documentos, além alguns encaminhamentos para rede de saúde e rede socioassistencial. Em campo, também foram realizadas orientações sobre as estratégias da PRD (gerais e específicas para cada substância), aferição de pressão arterial, distribuição de suco (para hidratação), preservativos (masculino e feminino) e materiais informativos.

Inicialmente, foi enfrentada resistência por parte do público em questão, pois a grande maioria achava que a equipe tinha alguma ligação com a polícia e/ou não entendiam o real significado do trabalho. Como exemplo, nas intervenções no campo, era ofertado suco de fruta, entretanto, alguns desses sujeitos acreditavam que a equipe colocava algum fármaco no suco, e não tomavam; posteriormente, esse entrave foi superado em decorrência da construção de vínculos.

O método da PRD enfrentou, em princípio, grande resistência de muitos setores da sociedade, que tratavam a distribuição de seringas entre os usuários de drogas como uma forma de incentivar o consumo de substâncias psicoativas. Esse conceito, portanto, foi sendo desmistificado, visto que a distribuição de seringas diminuía a disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre os usuários além de não aumentar o consumo de drogas, oferecendo vantagens em relação ao custo-benefício (ANDRADE, 2011). Além disso, ampliou-se o entendimento que a redução de danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas (NIEL; SILVEIRA, 2008).

Nota-se que é muito importante aos profissionais que lidam diretamente com esses sujeitos ultrapassarem as barreiras do estigma do usuário de drogas psicoativas em situação

de rua, pois, além desse estereótipo, há um sujeito de direitos que deve ser respeitado (MÜLLER, 2013). Ampliar o olhar e a escuta possibilita entender a complexidade da vida dos usuários e a maneira de os trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida, implica, também, colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Com o tempo, foi crescente o número de pessoas que participaram das atividades. Ao longo dos meses, foi realizado um processo de esclarecimento sobre o trabalho que estava acontecendo; as pessoas abordadas, inicialmente, foram divulgando e, aos poucos, a confiabilidade foi adquirida. É fato que não se adentrava nos locais onde não era permitido. Somente após algumas idas a campo foi que o vínculo entre a equipe e essas pessoas estabeleceu-se, viabilizando, assim, a melhoria na atuação.

A partir dos relatórios e diário de campo, percebe-se que os profissionais refletem sobre as suas práticas e destacam que o propósito fundamental da ação exercida no território por eles é acolher e oportunizar maneiras de proteger as vidas dos usuários, possibilitando a construção de vínculos sociais e afetivos, intervindo nas situações vivenciadas por eles, sob a lógica do respeito a sua subjetividade.

Segundo Bueno e Merhy (2002), o acolhimento na saúde deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania.

Além disso, acolher significa o compromisso de reconhecimento do outro em sua individualidade, como um ser que tem suas diferenças, alegrias, frustrações, um modo de viver, sentir na vida. Inclusive, promove uma escuta de qualidade. Também nessa perspectiva, o vínculo, quando estabelecido, permite uma parceria alicerçada na sinceridade e responsabilidade e permite que haja um atendimento que abranja as necessidades

dos usuários e de suas famílias, assumindo um caráter de equipe, a qual estará mais sensível à identificação de riscos ou vulnerabilidades, contribuindo para a construção de intervenções terapêuticas adequadas às necessidades percebidas (BRASIL, 2010A).

Ao fomentar a discussão, percebe-se que a dificuldade inicial da equipe em inserir-se no espaço coletivo dessas pessoas em situação de rua estava mergulhada em sentimentos de medo e angústia por parte dos usuários de SPAs, pois no imaginário emergia: o medo que eles tinham perante a equipe por acharem que iriam ser levados à força para o internamento ou para a polícia.

Nessa modalidade de oferta de atenção e cuidados em saúde, é comum deparar-se com os medos (compreendidos como estado afetivo suscitado pela consciência do perigo real ou suposto) e com as expectativas (compreendidas como crenças em mudanças da realidade imediata) das pessoas em situação de rua, haja vista as condições marginalizadas e excludentes às quais estão expostas (SANTOS, 2003; NEIVA-SILVA, 2003).

Evidencia-se que a condição de vulnerabilidade e risco social potencialmente expõe as pessoas em situação de rua a perigos que despertam medos relativos ao espaço da rua como, por exemplo, o medo de ser violentado, capturado à força pela polícia, o que leva a um estado constante de alerta e tensão.

Todavia, é importante compreender como tais medos e expectativas são significados e vivenciados por essa população específica, respeitando, portanto, as particularidades dessa condição e agrupamento. Assim, conforme Santos (2003), o medo pode ser compreendido como uma reação (retração, negação, precaução ou inibição), configurando um conjunto de emoções repleto de diferentes significados considerando o contexto de vulnerabilidade dos indivíduos.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente policial, psiquiátrica ou médica

(CARDOSO *ET AL.*, 2014); em que a repressão, o controle e a 'guerra contra as drogas e contra seus usuários' era o pilar das ações e se materializava, em sua maioria, na rotulação dos usuários de SPAs como marginais e, assim, na prisão ou submetidos a uma dosagem exagerada de medicação como contenção e a internação involuntária e compulsiva como forma de tratamento e de cuidado em saúde.

O uso indiscriminado de substâncias psicoativas é continuamente associado à criminalidade e às práticas antissociais relacionadas com o comportamento irresponsável do usuário, que acaba por cometer atos de delinquência e envolver-se com problemas de ordem judiciária. Isso acarreta perdas individuais e sociais, o que leva o dependente à exclusão social (SILVA *ET AL.*, 2010).

Aos poucos, foi possível o conhecimento do território e das pessoas que circulavam por ele. Inicialmente, o acesso para a EAR era apenas o começo da rua, com o passar do tempo, a equipe passa a ser convidada para adentrar no território, e foi concedida a permissão de frequentar a parte ribeirinha (onde o uso abusivo da SPAs era mais frequente).

A rejeição inicial foi substituída paulatinamente pela aceitação; o receio e a desconfiança, pela credibilidade. Assim, a compreensão foi ampliada para o cuidado e atenção dedicada a esses usuários, que começaram a manifestar que passavam a semana inteira esperando pela equipe para conversar e fazer perguntas e que o trabalho desenvolvido era muito bonito, pois ajudavam aqueles que eram rejeitados pela família e pela sociedade.

Nesse sentido, vale ressaltar o receio da solidão diante do temor da ruptura total dos laços familiares e sociais, sendo esse um sofrimento que denota abandono e rejeição. Dessa forma, em tempos de violência e competição generalizada que apresentam um quadro social em constante mudança, um mundo de insegurança e de medo constante é gerado, sendo o consumo de drogas a uma provável resposta ao desamparo dos sujeitos (SANTOS, 2003; TONDIN; BARROS NETA; PASSOS, 2013).

Na sequência do acompanhamento, em um determinado encontro, a equipe realizou uma dinâmica em grupo com alguns desses usuários utilizando um questionamento (quais as expectativas, sonhos e desejos na vida de vocês?) como fio condutor dos discursos. Diante dessa questão, com relação às expectativas, a mais recorrente foi a de que um dia eles pudessem sair daquela vida, isto é, que deixassem de ser usuários de drogas psicoativas em situação de rua, com grande esperança depositada na família, mais precisamente na reconquista do parceiro amoroso e na retomada da confiança de pais e filhos, além de retomarem as atividades (laborais, de lazer, sociais etc.) que exerciam antes do consumo das drogas e da situação de rua. Ainda houve relato da esperança de alertar a população em geral de que a vida na rua consumindo drogas psicoativas não é digna e tampouco fácil, além de apelarem por mais respeito e melhor tratamento aos usuários de drogas psicoativas em situação de rua.

Assim, a apropriação da rua como expressão de aspectos subjetivos de cada indivíduo é algo compreensível, pois é nesse espaço que muitos irão construir seus referenciais de identidade, de sobrevivência e de relação com o outro (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010).

Ter sonhos, vontades e desejos é algo extremamente presente na vida dos usuários acompanhados. Planos são elaborados, e perspectivas são traçadas sobre os mais diversos temas, principalmente os relacionados com a própria existência. Para Neiva-Silva (2003), no caso das pessoas em situação de rua, muitas vezes, por não encontrarem em seu cotidiano oportunidades para estruturar e desenvolver um novo projeto de vida, o papel exercido pelas expectativas e crenças em mudanças da realidade imediata é fundamental.

Dentre as queixas mais frequentes, ouvidas pela equipe, destacam-se: a dificuldade em ter acesso aos serviços de saúde e assistência social, a violência policial e o estigma social. Assim, a escuta foi a principal ferramenta do trabalho, visto que o ato



de escutar em si produz uma significativa proposta para promoção do cuidado. Nessa perspectiva, a escuta foi basilar para compreensão das trajetórias e dos repertórios que compuseram as vidas desses sujeitos, não podendo ser desprezados os contextos sociais, as situações socioeconômicas que posicionam esses sujeitos e os mais diversos problemas sociais.

Houve a possibilidade de ouvir queixas, sonhos, anseios e desejos, possibilitando as trocas de experiências enriquecedoras do ponto de vista profissional e também humano. Logo, a PRD permite uma mobilidade, servindo de referência e ponte entre o sujeito e o laço social do qual parece apartado. Criam-se as condições de trabalho favoráveis ao acolhimento desses sujeitos, construindo com eles esquemas de proteção e de autocuidado, fundamentais para o exercício da cidadania dos usuários de drogas (CONTE ET AL., 2004).

## Conclusões

A realidade encontrada em campo estava imersa em problemáticas sociais e de saúde que circundavam a vida desses sujeitos, além de questões relacionadas com os preconceitos e estigmas, enraizados na sociedade, que, por vezes, posicionam esses sujeitos em uma situação considerada 'marginalizada'. Os desafios colocados aqui condicionam a necessidade de um 'novo olhar', que envolva as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, em uma lógica de garantia de direitos e liberdade de escolha.

As diversas situações que apareceram no campo foram bem peculiares e muitas vezes inerentes aos sujeitos, ocasionando demandas imprevisíveis, reforçando, assim, a necessidade de que os profissionais compreendam a importância da subjetividade, do trabalho articulado com as redes de cuidado, alargando o olhar sobre as especificidades que o sujeito traz consigo.

Contudo, observou-se, com essa experiência, que se dispor a promover cuidado a esse público, no seio da comunidade, faz-se extremamente necessário, pois muitos usuários de SPAs não procuram ou não aceitam (de certa forma) um acompanhamento pelos dispositivos de saúde mental. Com isso, traz à tona a possibilidade de rever as condicionalidades para implantação de alguns dispositivos nos municípios, considerando a valiosa experiência com a abordagem na rua realizada por profissionais do Capsad III de Floriano (PI).

É válido salientar que a abordagem na rua ainda é incipiente e tem sua dinâmica de trabalho planejada e pautada de acordo com as legislações e com as políticas públicas, entre elas, à política de drogas.

Por fim, pode-se afirmar que as práticas produzidas pela a equipe de abordagem na rua permitiram ações dinâmicas que proporcionaram o entendimento sobre o desafio de trabalhar no contexto extramuros, além da compreensão do universo particular (em que os sujeitos estão inseridos), com a finalidade de proporcionar cuidados de saúde que sejam integrais, éticos e humanizados.

## Colaboradores

Satila Evely Figueredo de Souza contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Cleiana Francisca Bezerra Mesquita contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Fernando Sérgio Pereira de Sousa contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■



## Referências

- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Consultório de Rua do SUS*. Brasília, DF. 2010b. Disponível em: <[http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/consultorio\\_ua\\_SUS.pdf](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/consultorio_ua_SUS.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e líderes comunitários*. 5. ed. Brasília, DF: SENAD, 2013.
- BUENO, W. S.; MERHY, E. E. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberais*. 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/sau-decoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- CARDOSO, M. P. *et al.* A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. *Aletheia*, Canoas, n. 45, p. 72-86, dez. 2014.
- CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME). Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde (OMS). *Guia BVS 2011*. São Paulo: Bireme, 2011. Disponível em: <[http://bvsmoodelo.bvsalud.org/download/bvs/Guia\\_da\\_BVS\\_2011\\_pt.pdf](http://bvsmoodelo.bvsalud.org/download/bvs/Guia_da_BVS_2011_pt.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- CONTE, M. *et al.* Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 59-76, 2004.
- DANTAS, S.; CABRAL, B.; MORAES, M. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, jul./set. 2014.
- FONSÊCA, C. J. B. D. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, Maceió, v. 1, n. 1, 2012.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.
- MÜLLER, G. S. *Atenção e cuidado aos habitantes da rua: perspectivas enunciadas pelo consultório na rua*. 2013. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- NEIVA-SILVA, L. *Expectativas futuras de adolescentes em situação de rua: um estudo autofotográfico*. 2003. 176 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Salvador: CETAD, 2010.
- NERY FILHO, A. *et al.* *Toxicomanias Incidências clínicas e socioantropológicas*. Entrevista realizada com o Prof. Antônio Nery Filho Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.
- NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para os profissionais da saúde*. São Paulo: PROAD; UNIFESP; Brasília, DF: MS, 2008. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos\\_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- PASSOS E. E.; SOUZA T. P. *Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global*

de guerra às drogas. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

SANTOS, A. M. S.; MALHEIRO, L. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília, DF: SENAD; Salvador: CETAD, 2010, p. 49-53.

SANTOS, L. O. O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 48-55, 2003.

SILVA, L. H. P. *et al.* Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 585-590, 2010.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). *Álcool e outras drogas da coerção à coesão. Módulo Recursos e Estratégicos do Cuidado*. Florianópolis: UFSC, 2014. Disponível em: <<https://unafsc.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

---

Recebido para publicação em setembro de 2016

Versão final em março de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Revista Saúde em Debate

*Instruções aos autores*

ATUALIZADA EM SETEMBRO DE 2016

## ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apórtam contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

## ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

## Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**3. Revisão sistemática:** revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que apórtam contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

## Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

## O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

### 1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações

ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

## Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**2. Texto.** Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

- a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;
- b) Métodos descritos de forma objetiva;
- c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;
- d) Conclusão.

**3. Colaboradores.** No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. 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; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**4. Agradecimentos.** Opcional.

**5. Referências.** Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

## Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

### Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes validos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

### Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

### Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

#### Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

#### Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

#### Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

#### Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OBS.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’ passam por um software detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

## DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o e-mail [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br).

### 1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar 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 apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

### 3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma

lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### 4. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

**NOTA:** A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br>.

### Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Revista Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN SEPTEMBER 2016

---

### SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

The journal is made freely available, online and open access; thus, any person may freely read, download and disseminate the texts for educational and academic purposes, provided that the author(s) and original source are properly cited.

No fees are charged from the authors for the submission of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (obligatory) and the translation into English, based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

### GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted exclusively on the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registering, the author responsible for the submission will receive a login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

### Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** scientific research outcome that may be generalized or replicated. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and international topical health policies. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 3. Systematic review:** critical review of literature on topical theme, aiming at answering a relevant question on public health, informing details of the methodology used. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 5. Experience report:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise between 10 and 12 pages.
- 6. Book review:** review of books on subjects of interest to the field of public health policies, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise up to 3 pages.
- 7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

For all cases, the maximum number of pages does not include the title page and references.

### Text preparation

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format.

Page size standard A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must not contain any information that identifies the author(s) or related institution(s).

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.



Subjects' testimonies should be italicized and between inverted commas, placed within the text when not exceeding three lines. When longer than three lines, they should have a 4cm indentation, simple line spacing and font in 12pt size.

Highlighted words or text excerpts should be placed between simple inverted commas. Example: 'entrance door'. Capital letters and bold font should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the text (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

## **The complete work, corresponding to the file to be uploaded, should comprise:**

### **1. Title page** comprising:

a) Title expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

b) Full author(s) name(s) aligned on the right (maximum of five authors per article). On footnote(s), place information on institutional affiliation and e-mail. For the contact author add address and telephone number.

c) In case the research has been funded, inform the funding agency and the number of the process.

d) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement *"I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work"*.

e) Abstract in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 700 characters including spaces, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of

the work. No citations or abbreviations should be used, except for internationally recognized abbreviations.

f) At the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by semicolon (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br)

## **Clinical trial registration**

'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**2. Text.** The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

a) Introduction with clear definition of the investigated problem and its rationale;

b) Methods objectively described;

c) Outcomes and discussion may be presented together or separately;

d) Conclusion.

**3. Contributors.** Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors, authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

**4. Acknowledgements.** Optional.

**5. References.** Should not exceed 25 references, except in the case of the systematic review type of article. Only authors cited in the text should be listed and it should follow the norm NBR 6023 of the Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (Brazilian Association of Technical Norms).

## Citation examples

All citations made in the text should be listed in the references presented at the end of the article, using the ABNT norm NBR 10520.

### Direct citation with up to three lines

The focal group is a “research technique that uses the group sessions as one of the facilitator forums of psycho-sociologic and cultural characteristics expression” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Direct citation with more than three lines

The 8.080 Act, known as Health Organic Act, initiated a regulation process for the operation of a public model of health actions and services, ordained by the Unified Health System:

Guided by a set of principles and guidelines valid for the entire national territory, it is based on a wide conception of the right to health and the role of the State on granting this right, incorporating, within its institutional and decision-making structure, spaces and instruments for the democratization and sharing of the health system management. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

### Indirect citation

According to Foucault (2008), neoliberalism appears as a governmental model in post-Nazi Germany, in a radicalization of liberalism aiming at the recovery of the German state based on a new state-market relationship.

## Reference 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. p. 24-46.

### Journal 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, p. 349-370, set./dez. 2010.

### Internet material:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-emdebate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

Note: Author's middle name and surname should always be abbreviated.

## ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Note: before being sent to peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo a plagiarism detector software, Plagiarisma. Thus, it is possible that the authors, who must guarantee the originality of the manuscripts and reference all research

sources used, are questioned about information identified by the detection tool. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, that way, if proven its existence, the authors involved will no longer be able to submit new articles to the journal.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER ARTICLE ACCEPTANCE**

The documents listed below must be digitalized and sent to the e-mail address [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br).

### **1. Assignment of copyright and Statement of authorship and responsibility**

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a Research Ethics Committee, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded.

### **3. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **4. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

**NOTE:** Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Revista Saúde em Debate

*Instrucciones para los autores*

ACTUALIZADAS EN SEPTIEMBRE DE 2016

## ESCOPO Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Centro Brasileño de Estudios de Salud). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política y el planeamiento, la gestión y la evaluación de la salud. Valorizamos estudios con abordajes diferentes teórico-metodológicos y con la contribución de diferentes ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. A criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de aprobación y evaluación de los regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otro periódico, en la íntegra o parcialmente. En caso de publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes pasarán a ser de propiedad de Cebes.

El periódico está disponible en línea, de acceso abierto y gratuito, por lo tanto, libre para que cualquier persona lea, baje o divulgue los textos con fines educativos y académicos. Se permite la reproducción total o parcial de los trabajos publicados desde que la fuente y la autoría sean indicadas.

'Saúde em Debate' no les cobra tasas a los autores para la evaluación de los trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de los autores la revisión del idioma (obligatorio) y su traducción para la lengua inglesa, con base en una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

## ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y EL SOMETIMIENTO DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser sometidos exclusivamente por el sitio: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío recibirá su acceso y señal.

Al enviar el trabajo, deberá completar todos los campos obligatorios de la página con contenido idéntico al del archivo adjunto.

## Modalidades de textos aceptados para la publicación

**1. Artículo original:** resultado de investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

**2. Ensayo:** Análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la conjetura de las políticas de salud brasileña e internacional. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

**3. Revisión sistemática:** Revisión crítica de la literatura de un tema actual. Objetiva responder a una pregunta de relevancia para la salud pública, detallando la metodología adoptada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

**4. Artículo de opinión:** exclusivo para los autores invitados por el Comité Editorial, con tamaño entre 10 y 15 laudas. En este formato no se exigirán resumen ni abstract.

**5. Relato de experiencia:** descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión que aporten contribuciones significativas para el área. Tamaño entre 10 y 12 laudas.

**6. Reseña:** reseña de libros de interés para el área de políticas públicas de salud, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirige. Tamaño de hasta 3 laudas.

**7. Documento y declaración:** trabajos referentes a temas de interés histórico o conjetural, a criterio del Comité Editorial.

En todos los casos, el número máximo de laudas no incluyen la hoja de presentación ni las referencias.

## Preparación del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés.

Debe ser digitado en el programa Microsoft®Word o compatible, grabado en formato doc. o docx.

Patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra New Román tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El cuerpo del texto no debe contener ninguna información que posibilite la identificación de los autores o de las instituciones a las que se vinculen.

No debe utilizar notas de pie de texto. Las marcaciones de notas, cuando absolutamente indispensables, deberán ser sobrescritas y secuenciales.

Evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes del texto.

Las declaraciones deberán estar en cursiva y entre comillas en el cuerpo del texto, si son menos de tres líneas. Si son más de tres líneas deben estar destacadas, con retroceso de 4 cm, espacios simples y tamaño 12.

Para las palabras o trechos del texto en destaque, a criterio del autor, utilizar comillas simples. Ejemplo: 'puerta de entrada'. Evitar iniciales mayúsculas y negritas.

Figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o en escala de grises y debe ser enviados separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en el que aparecen en el estudio (deben estar numerados, tener título y fuente). Identificar, en el escrito, el local donde deberán ser inseridos. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas deberá ser, en lo máximo, de cinco por texto. El archivo debe ser editable.

Si usa fotos las personas no podrán ser identificadas, a menos que lo autoricen por escrito, para fines de divulgación científico.

## El trabajo completo, que corresponde al archivo a ser anexado, debe contener:

### 1. Hoja de presentación con:

a) Título, que debe expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. Debe estar en negrita, iniciales mayúsculas apenas para los nombres propios. Los textos en portugués y español deben tener el título en la lengua original y en inglés. El texto en inglés debe tener el título en inglés y en portugués.

b) Nombre completo del/los autores alineados a la derecha (máximo de cinco autores por artículo). En nota de pie de página, debe colocar las informaciones sobre afiliación institucional y el correo electrónico. Agregar la dirección y el teléfono del autor del contacto.

c) En caso de ser el resultado de investigación con financiación, citar la agencia financiadora y el número del proceso.

d) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de interés. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados apenas con la financiación directa de la investigación, pero también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo" en la hoja de presentación del artículo.

e) Resumen en portugués e inglés o en español e inglés en el que queden claros los objetivos, el método empleado y las principales conclusiones del trabajo, con un máximo de 700 caracteres, incluidos los espacios. No se permitirán citas o siglas en el resumen, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

f) Al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave separadas por punto y coma (apenas la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

## Registro de ensayos clínicos

La revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones sobre ensayos clínicos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE, cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmie.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**2. Texto.** Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, se deben observar elementos convencionales como:

a) Introducción con definición clara del problema investigado y su justificativa;

b) Métodos descritos de forma objetiva;

c) Resultados y discusión pueden ser presentados juntos o en renglones separados;

d) Conclusión.

**3. Colaboradores.** Al final del texto, deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría del International Committee of Medical Journal Editors, los autores deben observar las siguientes condiciones: a) contribuir substancialmente para la concepción y la planificación o para el análisis y la interpretación de los datos; b) contribuir significativamente en la elaboración del rascuño o la revisión crítica del contenido; y c) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

**4. Agradecimientos.** Opcional.

**5. Referencias.** Un máximo de 25, pudiendo exceder cuando se trate de una revisión sistemática. Solamente deben constar los autores citados en el texto y seguir las normas de la ABNT (NBR 6023).

## Ejemplos de citas de textos

Todas las citas hechas en el texto deben constar de las referencias presentadas al final del artículo. Para las citas, utilizar las normas ABNT (NBR 10520).

### Citas directa con hasta tres líneas

El grupo focal es una “técnica de investigación que utiliza las secciones grupales como uno de los foros facilitadores de expresión de características psicosociológicas y culturales” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Citas directas con más de tres líneas

La ley 8.080, conocida como Ley Orgánica de la Salud, inicio el proceso de reglamentación del funcionamiento de un modelo público de acciones y servicios de salud, ordenado por lo que vendría a ser conocido como Sistema Único de Salud (SUS):

Orientado por un conjunto de principios y directrices válidos para todo el territorio nacional, parte de una concepción amplia del derecho a la salud y del papel del Estado en la garantía de este derecho, incorporando, en su estructura institucional y decisoria, espacios e instrumentos para la democratización y el compartimiento de la gestión del sistema de salud. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

### Citas Indirectas

Según Foucault (2008), el neoliberalismo surge como un modelo de gobierno en Alemania pos naciismo, en una radicalización del liberalismo con intención de recuperar al Estado alemán a partir de la nueva relación Estado-mercado.

## Ejemplos de referencias

### Libro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

### Capítulo del libro:

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. p. 24-46.

### Artículo del periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

### Material de internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS: Abreviar siempre el nombre y los apellidos del medio de los autores.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista ‘Saúde em Debate’ es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo a las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para adecuación y nueva evaluación. Si son cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán apreciados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y el atendimento a la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos evaluadores indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su expertise, que podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los dos evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. Caso haya divergencia de pareceres, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De esta manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer parecer. Cabe a los evaluadores recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de solicitud de corrección los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en el plazo definido, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial posee plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de la editorial de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de comunicación por e-mail.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por e-mail, al autor responsable por la correspondencia para la revisión final, que deberá devolver en el plazo estipulado.

Observación: antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista ‘Saúde em Debate’ pasan por un *software* detector de plagio, Plagiarisma. Así es posible que los autores, que deben garantizar la originalidad de los manuscritos y hacer referencia a todas las fuentes de investigación utilizadas, sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta

de detección. Plagio es un comportamiento editorial inaceptable, de esa manera, si es comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

## **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADO DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO**

Los documentos relacionados a seguir deben ser digitalizados y enviados para el correo electrónico revista@saudeemdebate.org.br.

### **1. Cesión de derechos de autor y declaración de autoría y de responsabilidad**

Todos los autores y coautores deben rellenar y firmar las declaraciones de acuerdo con el modelo disponible en: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

### **2. Parecer de Aprobación del Comité de Ética en Pesquisa (CEP)**

En el caso de investigaciones que envuelvan a seres humanos, en los términos de la Resolución nº 466, de 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, enviar documentos de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Pesquisa de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de que las instituciones no dispongan de un Comité de Ética en Pesquisa, deberá ser presentado el documento del CEP de donde fue aprobada.

### **3. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por profesional cualificado, con base en una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

### **4. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser traducidos para el inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción debe ser hecha por profesional cualificado, con base en una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

**NOTA:** La producción editorial de Cebes es el resultado del trabajo colectivo y de apoyos institucionales e individuales. Para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud participe de Cebes. Para asociarse entre en el sitio <http://www.cebes.org.br>.

### **Endereço para correspondencia**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br





**Diagramação e editoração eletrônica**

*Layout and desktop publishing*

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura - [www.apoioacultura.com.br](http://www.apoioacultura.com.br)

**Design de Capa**

*Cover design*

Alex I. Peirano Chacon

**Normalização, revisão e tradução de texto**

*Normalization, proofreading and translation*

Ana Karina Fuginelli (inglês)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)

Anna Lú Sales (normalização)

Carla de Paula (português)

James Allen (inglês)

Javier Felipe Casallas Reinel (espanhol)

Katia Muller (inglês)

Lucas Rocha (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Simone Basilio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

**Tiragem**

*Number of Copies*

1.300 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>

*Cover in ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>*

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2017.

v. 41. n. 112; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)