Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 1

Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança

Elza Machado de Melo
Jandira Maciel da Silva
Marco Akerman
Soraya Almeida Belisário
Organizadores

folium

Promoção:
NÚCLEO PROMOÇÃO DE SAÚDE E PAZ
Para Elas por elas, por eles, por nós
Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/UFMG

Apoio:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL PÁTRIA EDUCADORA

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 1

Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança

Elza Machado de Melo
Jandira Maciel da Silva
Marco Akerman
Soraya Almeida Belisário
Organizadores

folium

Belo Horizonte, 2016

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança

Elza Machado de Melo, Jandira Maciel da Silva,
Marco AKerman, Soraya Almeida Belisário
Organizadores

Produção:
Folium Editorial
Av. Carandaí, 161 – SL701
30130-060 – Belo Horizonte / MG
Tel. (31) 3287-1960
E-mail: folium@folium.com.br
www.folium.com.br
Projeto Gráfico: Gabriel Ruggio

Promoção:
Núcleo de Promoção de Saúde e Paz;
Programa de Pós-graduação de
Promoção de Saúde e Prevenção
da Violência/FM/UFMG
Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles,
Por Nós.

Apoio:
Ministério da Saúde

Ficha catalográfica:

P965 Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança / Organização: Elza Machado de Melo; Jandira Maciel da Silva; Marco Akerman; Soraya Almeida Belisá rio. Belo Horizonte: Folium, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Preven ção da Violência; v. 1)

338 p.

ISBN: 978-85-8450-016-1

1. Saúde Coletiva. 2. Promoção de Saúde. Participação. 3. Determinantes So ciais. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5. Subjetividade. 6. Qualidade de Vida. 7. Saúde do Homem. 8. Saúde da Mulher. 9. Saúde do Idoso. 10. Humani zação I. Melo, Elza Machado de. II. Silva, Jandira Maciel da. III. Akerman, Mar co. IV. Belisário, Soraya Almeida. V. Título.

CDD – 362.10981

Esta obra é de domínio público, podendo ser reproduzida no total ou em partes, desde que citada a fonte e não alterado seu conteúdo.

Conselho Editorial da Coleção
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Andreia Faraini Freitas Setti – CEPEDOC Cidades Saudáveis/USP
Carlos Botazzo – FSP/USP
Cornelis Johannes Van Stralen – CEBES
Dais Rocha – UNB
Elizabete Franco Cruz – EACH/USP Leste
Fabio Carvalho – MS
Francisco Eduardo de Campos/FIOCRUZ/RJ
Helena Wada Watanabi – FSP/USP
Kira Fortune – OPAS/Washington
Laura Feuerwerker – FSP/USP
Lenira Zancan – ENSP/Fiocruz
Liliana Santos – ISC/UFBA
Mara Lisiane de Moraes dos Santos – UFMS
Maria do Carmo Caccia Bava – FMRP/USP
Maria Cristina Marques – FSP/USP
Maria Helena Machado – FIOCRUZ/RJ
Maria do Socorro Dias – Universidade Estadual do Vale do Acarau/
Escola de Saúde Publica de Sobral
Paulo Nadanovski – UERJ
Patrícia Constant Jaime – FSP/USP
Marília Cristina Prado Louvison – FSP/USP e Associação Paulista de Saúde Pública
Rodrigo Tobias – Fiocruz Manaus
Ronice Franco de Sá – UFPE
Samira Lima – UFRJ
Simone Tetu Moyses – PUCPR
Tales Iuri Paz Albuquerque – UFSE
Ulisses M Azeiteiro Universidade de Aveiro, Portugal
Veruska Prado – UFG

Colaboradores

Alberto Feliciano Macaia
Tenente Coronel do Exército de Angola. Médico diplomado pela Rússia, mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Alexandre Costa-Val
Médico psiquiatra, doutor em Saúde Coletiva (FIOCRUZ). Docente da UFOP.

Alzira de Oliveira Jorge
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Ana Carolina Amaral de Castro Haddad
Assessora Técnica da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gera, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Ana Cristina Magalhães Mesquita
Gerente Adjunto de Unidade Básica de Saúde, distrito sanitário Centro Sul, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Andréa Maria Silveira
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG. Vice-Diretora do Hospital das Clínicas/UFMG.

André José Maria Chimuco
Médico das Forças Armadas de Angola, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Anísio Honorato Campos
Analista Social na Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte – Urbel, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG

Antônio Leite Alves Radicchi
Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Carla Jorge Machado
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Cheila Marina Lima
Profissional da SMS de Goiânia/GO e da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério.

Cláudia Cristina da Cunha
Psicóloga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Cristiane de Freitas Cunha
Professora da Faculdade de Medicina/UFMG. Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/FM/UFM.

Cristina Gonçalves Alvim
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Deborah Carvalho Malta
Professora da Faculdade de Enfermagem da UFMG.

Denise de Fátima Torres
Enfermeira do HC/UFMG.

Dione Goretti Gomes de Freitas
Fisioterapeuta do Hospital das Clínicas/UFMG, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Dorotéia Fernandes da Silva
Assistente social do Instituto Jenny de Andrade Faria, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Edgar Nunes de Moraes
Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Eliane Dias Gontijo
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Elizabeth Costa Dias
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Elza Machado de Melo
Professora da Faculdade de Medicina/UFMG. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/FM/UFM.

Fernanda de Castro Aquino
Farmacêutica, vinculada ao NASF/SMSA-BH, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Francisco Panadés Rubió
Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Gisele Marcolino Saporetti
Supervisora técnico-pedagógica dos cursos de pós-graduação da Educação Física NESCON/UFMG, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Graziella Lage Oliveira
Psicóloga. Mestre e doutora em Saúde Pública pela UFMG. Pós doutora em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisas Renée Rachou – FioCruz.

Guilherme Canabrava Rodrigues Silva
Aluno de Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, monitor de Cirurgia Ambulatorial.

Horácio Pereira de Faria
Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Izabel Christina Friche Passos
Professora da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG.

Jandira Maciel da Silva
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Juliana Alves do Carmo
Médica geriatra do Instituto Jenny de Andrade Faria, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Kelly Dias Vieira
Psicóloga. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG

Kênia Lara da Silva
Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

Lauriza Maria Nunes Pinto
Pedagoga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Lennon da Costa
Aluno de Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG.

Luciana Diniz Silva
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Luciana Kind
Professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Luzia Toyoko Hanashiro e Silva
Médica, coordenadora do Projeto Lian Gong em 18 Terapias no SUS do município de Belo Horizonte e instrutora de Lian Gong em 18 Terapias.

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro
Psicóloga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Marco Akerman
Médico Sanitarista. Professor da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Maria da Conceição Juste Werneck Cortes
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Maria das Graças Santos Ribeiro
Psicóloga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Maria de Fátima Abreu
Engenheira civil e sanitarista, mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Marilene Maria da Silva Lana
Filósofa, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Marina Moreira Scolari Miranda
Residente de Ultrassonografia, Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Materno Infantil de Goiânia.

Marta Aparecida Goulart
Farmacêutica bioquímica, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Marta Maria Alves da Silva
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG). SMS de Goiânia/GO.

Mércia Gomes Oliveira de Carvalho da Saúde.
Profissional da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério.

Mery Natali Silva Abreu
Estatística, doutora em Saúde Pública/Epidemiologia e Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

Myrian Fátima de Siqueira Celani
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Otaliba Libânio de Moraes Neto
Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás (UFG).

Paulo Cesar Machado Pereira
Médico psiquiatra, servidor público, mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Paulo Sérgio Carneiro Miranda
Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Raquel Rondow Bahia
Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG, com formação técnica em Gestão Empresarial pelo SEBRAE-MG.

Rayana Rolla Campos
Residente de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFMG.

Rejane Aparecida Alves
Secretária Municipal de Caputira – MG, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Rogéria Andrade Werneck
Residente de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFMG.

Rosângela Maria de Sousa Botelho Dias
Psicóloga; Especialista em Saúde Mental e em Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente/Divinópolis-MG, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Rosângela Teixeira
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Rosimeire Aparecida da Silva
Psicóloga, técnica do PAIPJ, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG, coordenadora adjunta do CRR Ateliê Intervalo de Redução de Danos (FM/UFMG).

Sandro Laudares
Professor e pesquisador do programa de Pós-graduação em Geografia/ Tratamento da Informação Espacial da PUC Minas e coordenador do curso de pós-graduação em Georocessamento da PUC Minas Virtual.

Soraya Almeida Belisário
Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Tarcísio Márcio Magalhaes Pinheiro
Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Vanessa de Almeida Guerra
Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

Vânia Elizabeth Simões Duarte
Psicóloga, referência técnica na Coordenação de Lian Gong em 18 Terapias no município de Belo Horizonte e instrutora de Lian Gong em 18 Terapias.

Victor Hugo Melo
Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Vinicius Ximenes Muricy da Rocha
Médico de Saúde da Família. Professor da UNB.

Vívian Andrade Araújo Coelho
Médica psiquiatra, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Docente da UFSJR e da PUC-Minas.

Wilma Guimarães
Terapeuta Ocupacional do Hospital das Clínicas, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Apresentação

Bem-vindas e bem-vindos ao livro que vocês agora contemplam em suas mãos: Autonomia e Mudança. Um título mais que apropriado para inaugurar a *Coleção Promoção da Saúde e Prevenção da Violência* que anunciará o imperativo categórico da autonomia dos sujeitos para produzir mudanças urgentes na produção de vidas conflagradas pela tirania, opressão e abuso da força causada pelas distintas manifestações de violência.

A tarefa é árdua e complexa e a Coleção retoma sua trajetória de autonomia e mudança no segundo volume ao abordar os vários aspectos da violência contra mulheres. É um livro Para Elas e para todos que se comprometem com o seu enfrentamento.

O terceiro volume amplia o escopo e a complexidade do tema ao pautar Violências com suas distintas especificidades e profundidades anunciando múltiplas estratégias que possam sustentar autonomias e mudanças que afetem os determinantes das violências.

O quarto volume coloca em evidência a potência da Adolescência em confronto com obstáculos que impedem sua plena realização causada pelo flagelo contemporâneo das violências.

Aguardem e não percam nenhum desses outros três volumes.

Você estreará a Coleção com a leitura do presente livro que adota uma perspectiva da autonomia como "…*praxis* de sujeitos concretos que travam relações uns com os outros, em múltiplos e diferentes espaços. Identificam suas experiências…. e denunciam os mecanismos a que estão submetidos" (Melo, 2016)

Segundo Paulo Freire, teoria sem prática é verbalismo, assim como prática sem teoria é ativismo; portanto a ação criadora e modificadora da realidade, a *praxis*, demanda uma sintonia fina de tecelagem entre teoria e prática.

O presente livro, com os seus 23 capítulos divididos em quatro seções, buscou a sintonia entre a teoria e a prática da promoção da saúde e da prevenção da violência (Seção I) para embasar a práxis (autonomia e mudança) dos sujeitos concretos e das relações que travam entre si em múltiplos e diferentes espaços (Secção II) e, ao identificarem suas experiências, criam caminhos para denunciar as forças que os submetem (Seções III e IV).

Autonomia e Mudança, este primeiro livro, junto com os outros três que estão no prelo, reflete um tempo e uma forma de entender o papel da Universidade, que não pode estar fora desse tempo apesar dos contratempos dos tempos atuais. Um tempo permeado por divisões e polarizações, mas que ainda ouve muitas vozes que clamam por paz e fortalecimento de agendas convergentes.

Se tomarmos a agenda da ONU, firmada por quase todos os países do mundo, que aspira um desenvolvimento sustentável e inclusivo até 2030, vemos que a temática da

"violência" abordada pela Coleção, está presente em quatro dos dezessete indicadores de desenvolvimento sustentável (IDS): Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; Objetivo 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

Ecoando os IDS, em 2014, o Habitat e a OMS, respectivamente, em Quito em Xangai, pautaram a necessidade de outra agenda urbana e da promoção da saúde no desenvolvimento sustentável, propondo-se a fortalecer culturas de paz nas cidades, priorizando a proteção de mulheres e meninas de assédios e violências.

Neste sentido, a Coleção, produto de um coletivo de docentes e estudantes da UFMG e de outras IES parceiras, cumpre seu papel social de se sintonizar com necessidades sociais pautadas por governos e organizações bilaterais.

Além desses compromissos refletidos neste recorte de pesquisas de docentes e pós-graduandos, a Coleção anuncia e acredita na capacidade humana de transformar o mundo em que vivemos.

Diante de tantos retrocessos vividos no Brasil e no mundo referentes a direitos sociais e a possibilidades de emancipação, a Coleção não deixa de ser, também, um anúncio de esperança que faz eco a uma citação do Nobel português José Saramago, no seu livro *Ensaios sobre a Cegueira*:

"há esperanças que é loucura ter. Pois eu digo-te que se não fossem essas já eu teria desistido da vida" (Saramago, 1995).

Os organizadores

Sumário

SEÇÃO I – ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS 1

Capítulo 1. Promoção de Saúde como Práxis de Autonomia e de Mudança..... 3

Capítulo 2. Algumas Tendências no Debate da Determinação Social da Saúde: para Recuperar Contribuições do Pensamento Latino-Americano e Anglo-Saxão 17

Capítulo 3. Navegar é Preciso, Viver é (Im)Preciso. Notas para Abordagem dos Sujeitos que se Drogam, no Contexto da Saúde Coletiva 37

Capítulo 4. Violência e Promoção de Saúde.....54

SEÇÃO II – ANÁLISE DE PROPOSTAS E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE, SEGUNDO SEUS PRINCÍPIOS, ENFOQUES E ESTRATÉGIAS DE EFETIVAÇÃO 75

Capítulo 5. Participação Popular e o Aprimoramento das Políticas Públicas em Belo Horizonte 77

Capítulo 6. A Participação Social como Fator de Promoção da Saúde: a Efetividade das Propostas do Planejamento Participativo Regionalizado em Belo Horizonte/MG para a Política Setorial da Saúde... 90

Capítulo 7. A Experiência da Utilização da Metodologia do Usuário-Guia em Vítimas de Trauma a Partir da Perspectiva dos Trabalhadores da Saúde e Usuários.....105

Capítulo 8. Participação Social, Promoção de Saúde e Prevenção da Violência no SUS 116

Capítulo 9. Intersetorialidade entre Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social: Estudo de Caso 129

Capítulo 10. Programa Bolsa Família e Vulnerabilidade Social: Duas Faces da Mesma Moeda 144

Capítulo 11. Programa Bolsa Família: Perfil das Famílias Beneficiárias e Fatores Associados ao Descumprimento da Condicionalidade da Educação 155

Capítulo 12. O Programa Bolsa Família sob o Olhar dos Beneficiários: Estudo de Caso do Município de Divinópolis/MG 170

Capítulo 13. Acesso aos Medicamentos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um Estudo de Caso.....185

Capítulo 14. O Profissional da Educação Física na Atenção Primária à Saúde: Uma Análise dos Documentos Produzidos pela Categoria 199

Capítulo 15. Promoção da Saúde na Atenção Primária, as Práticas Corporais como Ações Estratégicas em Belo Horizonte: o Caso do Lian Gong 211

Capítulo 16. Humanização: a Percepção dos Diferentes Atores Sociais do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas/UFMG 219

SEÇÃO III – ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GRUPOS ESPECÍFICOS 233

Capítulo 17. O Sofrimento Psíquico em Estudantes de Medicina: a Possibilidade de Escutar em uma Universidade 235

Capítulo 18. Qualidade de Vida dos Pacientes com Hepatite C Crônica 250

Capítulo 19. Perfil Clínico e Funcional de Idosos Frágeis Atendidos em Centro de Referência: Contribuição para a Gestão do Cuidado 262

Capítulo 20. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): Reconhecimento Rápido do Idoso Frágil 273

Capítulo 21. Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Mulher 289

Capítulo 22. Homens, Vítimas e Autores de Violência: a Corrosão do Espaço Público e a Perda da Condição Humana 301

SEÇÃO IV – RELATO DE EXPERIÊNCIA 317

Capítulo 23. Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Âmbito dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas 319

SEÇÃO I

ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Capítulo 1

PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO PRÁXIS DE AUTONOMIA E DE MUDANÇA

Elza Machado de Melo

Introdução

O tema deste livro é a promoção de saúde, abordagem que, em qualquer uma das suas múltiplas formulações, implica a crítica do modelo biomédico e sua ampliação por meio da inclusão de elementos sociais – relativos ao modo de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, elementos organizados, é verdade, em diferentes configurações – na explicação/produção de saúde e de doença[1-3]. A concepção aqui adotada se inspira na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, pois, com ela, garante-se que a dimensão social vinculada à promoção de saúde seja tomada com a devida relevância, tenha potencial transformador e, mais importante ainda, preserve a característica de *práxis* emancipatória[4,5].

Habermas concebe a sociedade como mundo da vida e sistema, o primeiro sendo o âmbito das ações orientadas pelo entendimento, o agir comunicativo, interação mediada pela linguagem, na qual os sujeitos harmonizam seus interesses e planos de ação e, de forma concertada e cooperativa, agem no mundo e, ao agirem assim, dessa forma coletiva, produzem integração social. O sistema, por sua vez, é o âmbito que se abre, dentro do mundo da vida, com o desenvolvimento das ações orientadas pelo êxito. E ao se constituir a partir do agregado de efeitos dessas ações, coloca-se acima e

fora do alcance de todos, de modo que sua regulação, não mais vinculada aos sujeitos, passa a ser garantida por mecanismos de controle autorregulados. Esses mecanismos são capazes de atender aos imperativos sistêmicos de equilíbrio autoproduzido e sobrevivência, utilizando, para tanto, dois meios, o dinheiro e o poder.

O mundo da vida é constituído pela vida sociocultural, composta pela esfera pública e pela esfera privada, que guardam relação entre si e se complementam. O sistema é constituído por economia e Estado. Nas sociedades de capitalismo tardio, os imperativos sistêmicos operados pelo dinheiro e pelo poder invadem o mundo da vida e substituem os processos interativos mediados pela linguagem, produzindo a colonização do mundo da vida pelo sistema[6,7]. Um dos modos por meio dos quais o sistema submete o mundo da vida seria exatamente aquele analisado, de modo genial, por Marx, na sua teoria de valor, em que se descortina o controle da práxis vital dos trabalhadores pelos imperativos econômicos do sistema capitalista[6]. De fato, nessa análise, Marx explica, de maneira inequívoca, a transformação do trabalho, anunciado como *práxis* criadora, constitutiva do homem e da sociedade[8], em *práxis* alienante, produtora de exploração, subordinação, degradação humana e ambiental.[9] Tal transformação tem lugar no processo de produção da mercadoria em que o trabalho concreto assume a aparência de trabalho abstrato passível de se alienar, ele próprio, como mercadoria; o valor de uso assume a forma de valor de troca ou apenas valor e as mercadorias ganham vida na relação abstrata com o equivalente: fetiche da mercadoria, sustentado no duplo caráter que ela possui[9].

Além desse modo de submissão do mundo da vida, descrito por Marx, Habermas acrescenta três outros; ainda na relação com o sistema econômico, há de se incluir também o consumidor, cujas necessidades e valores de uso sofrem o mesmo processo de abstração da força de trabalho e se transformam em *inputs*, único meio de relação com o sistema. Os dois outros modos de colonização relacionam-se ao sistema político. Nessa lógica do poder e da dominação, ainda restam dois papéis: o cidadão – cujas preferências são transformadas em modos de produção de lealdade e fidelidade das massas, portanto, cidadão que nasce, nas democracias ocidentais, e desde logo cidadão neutralizado – e o cliente do Estado e seus benefícios.

Essas lógicas expressas por monetarização e burocratização provocam, na esfera privada, a disseminação do individualismo possessivo, da competição, da lógica da produtividade, neutralizando, consequentemente, a força socialmente explosiva das contradições do mundo do trabalho. Na esfera pública, provocam a perda dos processos de formação da opinião e da vontade coletiva. Portanto, a capacidade de os cidadãos participarem da tomada de decisão e de formulação de políticas públicas. Ademais, com a colonização, fica comprometida também a reprodução simbólica do mundo da vida – reprodução/renovação do saber cultural; integração social e socialização dos sujeitos – uma vez que os meios sistêmicos não se prestam a esses papéis[6],

surgindo, então, as doenças sistemicamente induzidas, a saber, perda de sentido, anomia, psicopatologias e alienações, com todas as suas consequências[6,7,10].

Ora, a superação desse quadro de exploração e injustiça, dominação e controle passaria exatamente pela recuperação dos elementos corrompidos nesse processo que, em geral, podem ser agrupados em três grandes dimensões: trabalho, ambiente, cidadania, não por acaso, as mesmas que se constituem como pilares da promoção de saúde[11-17]. E como a raiz da deterioração se encontra na perda dos processos interativos mediados pela linguagem, nada mais lógico do que propor a retomada desse processo, para a consequente descompressão do mundo da vida. Convém então retomar a ação comunicativa e o modelo de democracia e de direito que ela engendra.

Ação Comunicativa, Democracia e Direito

A ação comunicativa, como já foi dito, refere-se a uma interação mediada pela linguagem, na qual os atores se entendem uns com os outros para coordenar suas ações. Em outras palavras, é interação que tem como mecanismo coordenador da ação o entendimento linguístico. Só "neste caso e apenas nele, tem-se a ação comunicativa"[18, p.18]. O entendimento linguístico é acordo racional entre sujeitos ou o processo racional de obtenção desse acordo, mediado pela linguagem no seu uso comunicativo cotidiano, a fala. O que está em jogo nesse acordo é exclusivamente a força das razões apresentadas, portanto, o argumento, e, exatamente por isso, por não envolver alguma outra coerção, a relação que se estabelece é de intersubjetividade – todos os atores envolvidos se reconhecem reciprocamente como sujeitos. Trata-se, portanto, de uma relação entre sujeitos, isenta de violência. É por meio do entendimento linguístico que atores envolvidos numa interação integram seus interesses e planos de ação: "as atividades orientadas para um fim, dos participantes da interação, estão jungidas umas às outras através do meio que é a linguagem"[19, p.?]. Claro está, então, que sem o entendimento a ação não se realiza ou então ela deixa de ser ação comunicativa e passa a ser ação estratégica.

À diferença da ação comunicativa, na ação estratégica, cada ator procura atingir seu interesse e, em vez de procurar se entender com os outros atores para organizar uma ação cooperativa, ele os toma como variáveis a serem consideradas nos seus respectivos cálculos, e sobre elas age, instrumental ou estrategicamente, utilizando os meios disponíveis para atingir o fim desejado, quaisquer que sejam. Reproduzem, portanto, entre si, a relação que se dá entre sujeito e objeto. Por isso, esse tipo de ação comporta sempre um ingrediente de coerção, de violência[6]. Como se vê, ação comunicativa e ação estratégica são radicalmente distintas uma da outra. A primeira se orienta pelo entendimento, a segunda pelo êxito; incorporam racionalidades diferentes: a ação estratégica envolve a racionalidade instrumental, dada pela adequação entre meios e fins; a ação comunicativa, ao contrário, incorpora a racionalidade comunicativa, sub-

jacente ao entendimento linguístico, que envolve a expectativa recíproca de reconhecimento, segundo a qual todos os envolvidos se atribuem reciprocamente razões para dizerem o que dizem e fazerem o que fazem e, se necessário for, são, aos olhos de todos, capazes de apresentá-las e com elas fundamentar seus pontos de vista, suas preferências, seus interesses, sua vontade[6].

Umas das críticas mais frequentes feitas a Habermas relaciona-se ao fato de que as ações estratégicas podem vir, elas também, mediadas pela linguagem. No entanto, para que a linguagem tenha efeito estratégico, é necessário primeiro que o entendimento seja produzido, que o ouvinte entenda e concorde com o que foi dito. O uso originário da linguagem destina-se, portanto, ao entendimento. Como diz Habermas, "o entendimento é imanente, como *telos*, à linguagem humana"[6,p.?]. Seu uso estratégico é derivativo e parasitário, implica ocultamento de fins ou reservas adotadas por participantes da interação (pelo menos por um deles), que agem de forma a enganar os demais e não podem, por isso, explicitar seu real objetivo, pois sua estratégia se desmoronaria. Na ação comunicativa, por seu turno, os participantes sempre "buscam, *sem reserva alguma"* o entendimento[6].

O conceito de ação comunicativa envolve também a sua forma reflexiva, o discurso, forma rigorosa e exigente de comunicação que tem lugar quando, havendo questionamentos profundos nas falas dos participantes e não se podendo chegar ao entendimento, a interação é interrompida. Permanece, assim, apenas e exclusivamente, a argumentação, aberta a todos e em condições de igualdade. E com a garantia de que, enquanto houver discordância, a discussão persistirá e de que só valerá a força do melhor argumento. O discurso remete a uma situação ideal em que todos são igualmente iguais e livres – é comunicação pura –, mas seus pressupostos são necessariamente operantes em qualquer discurso real, de maneira contrafatual, ou seja, ninguém permanece numa argumentação caso não acredite que seu argumento seja ouvido ou tenha o mesmo peso dos demais[20]. Além disso, a recusa sobre a possibilidade do discurso remeterá, irremediavelmente, ao que Habermas chama de contradição performativa, isto é, a utilização do discurso para negar o discurso[20].

Tal processo de argumentação se inicia aqui e agora, na prática comunicativa cotidiana, mas pode prosseguir, superar o contexto, ganhar fronteiras, abrir-se a todos os envolvidos e atingir universalidade[20-22]. Ação comunicativa e discurso se assentam sobre a mesma base, que é o entendimento linguístico, a argumentação que gera, dentro do contexto, interação; fora dele e livre dos constrangimentos da ação, constrói teorias, no caso do discurso teórico; forma racionalmente opinião e vontade coletiva, no caso do discurso prático[18]. O discurso, na sua relação dialética com a ação comunicativa, é o único lugar da vontade racional, pois reúne autonomia e universalização; articula micro e macroespaços. Nesse processo de argumentação próprio do entendimento linguís-

tico, que começa aqui e agora e se abre para chegar até o universal, é que se realiza a *práxis* de autonomia, capaz de descomprimir o mundo da vida. No dizer de Habermas, "[…] o mundo da vida se abre, sempre que pelo menos dois sujeitos se encontram e se dispõem a agir cooperativamente"[18,p.?]. Em outras palavras, o conceito de autonomia que se utiliza aqui se refere à liberdade individual inserida, *sempre e necessariamente*, na dimensão social, trazendo de forma inerente uma perspectiva universalizante.

Ação comunicativa e discurso constituem a base da teoria de direito e democracia proposta por Habermas, tendo por ponto de partida o princípio do discurso, segundo o qual "[…] só podem reclamar validez as normas que encontrem (ou possam encontrar) o assentimento de todos os concernidos enquanto participantes de um discurso prático"[20,p.116] que, como princípio moral, se entrelaça ao direito[4]. E dessa forma, pela institucionalização dos processos discursivos de formação da opinião e vontade coletiva, gera, de modo circular, direito legítimo e princípio da democracia[18]. Esse processo circular de construção de direito e democracia gera poder comunicativo e constitui a única forma existente de produção de poder. Logo, não havendo outra fonte possível, é o próprio poder comunicativo gerado nas entranhas da democracia que se converte em poder administrativo, por meio do qual o Estado exerce sua dominação, nascendo daí a permanente tensão entre o modo como é exercido na prática e o modo como o deveria ser, dada a sua gênese democrática[18].

Tais processos só se esgotam se as instituições representativas (parlamento e competição partidária) se associam a uma esfera pública autônoma, cuja base é a sociedade civil, com todo seu substrato organizativo. A partir desta se forma, pelo debate público, uma opinião pública racional que, nascida de relações comunicativas cada vez mais abrangentes e inclusivas entre os cidadãos, a partir do seu contato individual com os imperativos sistêmicos, seja capaz de ultrapassar as fronteiras do Estado e exercer influência política, transformando-se em poder comunicativo. Este constitui a única força a se contrapor "ao poder social" e aos imperativos sistêmicos causadores de distúrbios[18]. Os principais atores, nesse processo, são, atualmente, segundo o autor, os movimentos sociais, que aí constituem sua identidade e que se relacionam à defesa de interesses gerais.

Assim, queremos pensar a promoção de saúde como *práxis* de autonomia, que começa com a participação de todos os envolvidos, aqui e agora, em múltiplos espaços. E se amplia e ganha novos adeptos, segundo um processo contínuo de construção de opinião e vontade coletivas, capazes de fazer ecoar e expressar, em toda sua diversidade, as vozes de todos; controlar os imperativos econômicos; produzir direito, democracia e saúde.

Os Modelos de Promoção de Saúde e a Práxis de Democracia

As várias formulações de promoção de saúde serão agrupadas aqui, segundo duas diferentes correntes. Uma que se refere, predominantemente, ao estilo de vida, com

abordagem comportamentalista/individualista e outra que tematiza os aspectos sociais e se insere dentro das usualmente denominadas abordagens estruturais. Adota-se aqui a perspectiva de que nenhuma delas aparece em estado puro, cada uma incorporando, em alguma medida, com mais ou com menos ênfase, de um modo ou de outro, para o bem ou para o mal, o elemento nuclear da outra, se não por outros motivos, pela simples razão de que sociedade e indivíduo constituem conjunto dialeticamente relacionado cujos termos se distinguem um do outro, mas são também inseparáveis e complementares. Esse entendimento é perfeitamente balizado, por exemplo, por Marx, quando fala de homens que fazem histórica com vontade e consciência, em condições determinadas[8]; ou Habermas, quando identifica os participantes da ação comunicativa como produtos e produtores do mundo da vida[6,23]; ou ainda Giddens, para quem os elementos constitutivos da estrutura social são produzidos e reproduzidos pela ação humana[24].

A abordagem de natureza individualista/comportamentalista remonta à teoria multicausal do processo de saúde/doença, pautada na clássica tríade ambiente-homem-agente, proposta por Leavell e Clark. Essa teoria postula a interação desses elementos e seus múltiplos fatores na explicação/definição da história natural da doença, constituída por dois períodos, a pré-patogênese, que precede a doença, e a patogênese, da doença instalada. No primeiro período, estão em jogo as predisposições ou riscos relativos ao homem, sendo passíveis de prevenção e controle por meio de ações a eles direcionadas, especialmente ações de educação quanto ao cuidado com o corpo, alimentação, comportamentos seguros, etc. e outras mais específicas, por exemplo, vacinação[25]. Nesse modelo, portanto, a promoção de saúde se confunde com prevenção primária.

Tal concepção, que precede e é criticada, mas não totalmente superada no Informe Lalonde, volta a ganhar força, como seria lógico de se esperar, com a disseminação mundial do neoliberalismo e seu ideário de perspectiva individualista/competitiva[26]. Atuações e estudos sobre os mais diferentes problemas de saúde são referenciados nessa concepção, até mesmo em espaços e situações onde sua adoção não seria esperada. Por exemplo, as chamadas escolas promotoras de saúde, que se organizam em rede na Europa e se voltam para a promoção de saúde de crianças e adolescentes, assim como de seus familiares, têm como atuação predominante a vinculação com o *Activity, Confidence and Eating Schools Programme* (ACE), que promove alimentação saudável, atividade física, saúde dental e saúde mental nas escolas[27]. A promoção de saúde voltada para a população idosa no conjunto limita-se aos comportamentos individuais, relacionados às experiências, aptidões, conhecimentos, motivações e, quando muito, à disponibilidade de condições ambientais adequadas, como ar puro, água tratada, alimentação saudável[28]. Essa população idosa tem diferentes pressupostos dependendo das profissões. Por exemplo, os médicos reduzem o conceito aos aspectos físicos, a enfermagem adota abordagem mais holística, envolvendo aspectos mais amplos como dignidade, respeito, etc.

Mesmo o sofisticado programa norte-americano intitulado *Cure Violence* se inscreve numa linha de interrupção da cadeia de transmissão da violência, semelhante à da abordagem das epidemias. No caso do programa, essa abordagem é representada pelo contato pessoal e em nível comunitário com pessoas que apresentaram mudança exitosa de comportamento e ainda pela divulgação desses exemplos, nos dois níveis, para inspirar novos comportamentos.[29] Esse programa é voltado para o controle de violência armada, com sua complexa proposta de atuação, por meio do recrutamento de integrantes da própria comunidade que tem história de envolvimento com a violência e com o crime. Esses integrantes são, portanto, "iguais e confiáveis", associando, em alguma medida, o desenvolvimento de ações voltadas para a inserção em oportunidades positivas, de trabalho, lazer, educação[29].

Há também estudos cuidadosos na definição de conceitos mais amplos ou que elegeram como objeto intervenções com essa pretensão e que acabam, ao final, adotando e/ou encontrando estratégias, operações e conteúdos que resvalam a perspectiva individual/comportamentalista, quando não se reduzem totalmente a ela. É o caso de estudo de revisão sobre promoção de saúde da população idosa, que se inicia por apresentar conceito amplo de empoderamento, relacionando-o à perspectiva de emancipação, com a ajuda da definição de autonomia de Paulo Freire. Mas acaba por incorporar pesquisas nas quais há inconsistências na conceituação; incongruência com as estratégias e medidas adotadas e redução dos resultados que, embora positivos e significativos, não ultrapassam a capacidade de gerenciar as doenças[30].

Outro exemplo, estudo sobre violência por parceiro íntimo e infecção por HIV/AIDS, em mulheres americanas de origem latina, começa por desenhar o contexto de vulnerabilidade dessas mulheres como principal determinante para ambas as situações. Procura apreender esse contexto, acertadamente, por meio de pesquisa qualiquantitativa, mas, ao final, acaba se restringindo ao conhecimento das mulheres sobre modos de contaminação e de proteção da AIDS, sexo seguro, percepção de risco e barreiras culturais bem limitadas, inclusive porque os instrumentos utilizados – tanto o questionário como roteiro de grupos focais – são diretamente voltados para tais questões. Quando, enfim, lembra a complexidade do problema, em razão do contexto, acaba por falar em prevenção secundária, que volta aos aspectos individuais/formais como informação sobre "saúde sexual, autoestima, estabelecimento de relações saudáveis, identificação sobre os tipos de abuso e modo de obtenção de ajuda"[31, p.?].

Se esse modelo é amplamente disseminado e hegemônico, não lhe faltam as críticas e elas se referem, por um lado, à redução que ele opera no papel e no significado da dimensão social na história natural da doença[25,32], restrito que fica ao indivíduo, permanentemente dilacerado pela luta entre prazer, culpa e medo, gerados pelas prescrições de uma vida saudável e longeva[33]. Por outro lado, as críticas dirigem-se à sua

perspectiva de vigilância e controle de comportamentos; de medicalização das condições de riscos; e, sobretudo, de mercantilização da saúde, no interesse do complexo médico-industrial, especificamente a indústria de alimentos, de biotecnologia e a farmacêutica. Em síntese, são críticas que remetem à vinculação do modelo a práticas de dominação, exploração e produção de lucro, regidas pela lógica de mercado, estetizadas pela primazia da suposta liberdade individual[32].

Com tais críticas, ganham visibilidade os modelos estruturais que concebem a saúde e também o comportamento dos indivíduos relativamente à saúde como fenômenos condicionados e/ou determinados socialmente[34]. Geral demais, essa definição incorpora diferentes possibilidades, com elementos estruturantes organizados segundo diferentes configurações e/ou concepções. A começar pelo modelo socioecológico de Dalhgren e Whitehead, já bastante difundido, os determinantes sociais de saúde são esquematicamente organizados em mandala de multiníveis, isto é, camadas concêntricas e sobrepostas. Cada uma delas representa diferentes dimensões da vida sociocultural e suas respectivas contribuições para a produção da saúde ou da doença: no centro ficam os indivíduos com suas características como idade, sexo, fatores constitucionais; a camada seguinte é relativa aos comportamentos e estilos de vida; a outra representa as interações dos indivíduos ou a vida comunitária; outra as relações travadas dentro de setores como trabalho, educação, serviços de saúde e ambiente; e, por fim, a última, que abarca todas as demais, representada pelas macrovariáveis econômicas, políticas e sociais[35, 36].

Esse modelo deu origem a algumas variantes, na dependência de mudanças na disposição de seus elementos constitutivos[36] e foi base para os trabalhos da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, instituída, no nível internacional, pela Organização Mundial de Saúde, em 2005, e no Brasil por decreto presidencial, em 2006[37]. Essas comissões procuraram deslindar, a partir desse modelo, os mecanismos de atuação de cada determinante na produção de iniquidades em saúde, com o objetivo de subsidiar a formulação de políticas públicas mais bem qualificadas para enfrentá-las[35].

Salta aos olhos a complexidade do modelo, o que, segundo algumas críticas, acaba por induzir a redução das intervenções a mudanças no estilo de vida[36]. A proposta conhecida por Saúde em Todas as Políticas (*Health in All Politicies*) tem sido aventada como um mecanismo para efetivar a promoção de saúde, a partir da atuação sobre seus determinantes sociais. A base da proposta, decorrente do pressuposto de que todas as políticas públicas, de todos os setores, têm impactos sobre a saúde, o bem-estar e a equidade, é a intersetorialidade, articulada segundo três estratégias, a saber: cooperação, ganhos compartilhados por todas as partes envolvidas (jogo de soma positiva) e redução de danos[38]. As iniciativas referentes a tais propostas são vinculadas à agenda de estruturas governamentais e de seus quadros administrativos e o processo

é tal que, quando se abre uma janela de oportunidades – sintonia entre três elementos, o problema, a solução e a vontade política necessária – durante a própria tomada de decisão, já se faz a integração entre os setores envolvidos [38].

É inegável o alcance do modelo socioecológico e, na mesma medida, é inevitável recusar os indícios de sua semelhança com o funcionalismo sistêmico, seja pela própria estruturação do modelo, seja pela sua central necessidade de vinculação ao Estado e às estruturas governamentais. Em se tratando do modelo, o problema fica por conta da falta de articulações dinâmicas entre os níveis, a ação dos indivíduos ficando quase que totalmente restrita ao comportamento[37]. Quanto à vinculação ao Estado, há que se reconhecer a questão do exercício do poder e da dominação sobre a vida dos cidadãos, sendo difícil não enxergar a aproximação do modelo à tese da colonização do mundo da vida, antes mencionada. Irônico dilema: quando se enfatiza o indivíduo, compromete-se o social[32]; quando se enfatiza o social, compromete-se o indivíduo e põe-se em risco sua liberdade[1], sendo o desafio, obviamente, encontrar formulações que permitam articular estrutura e ação humana; integrar abordagens estruturais e teoria da ação; promover largas mudanças sem perder a autonomia[34,39].

Retoma-se Habermas, cuja teoria permite a demarcação de fronteiras entre mundo da vida e sistema, por meio da *práxis* de autonomia dos cidadãos, que transforma *atores sociais em autores*, capazes de influenciar em alguma medida as decisões que dizem respeito à sua vida. Permanece a questão da complexidade, contornável, porém, quando se pensa que tudo pode ter início aqui a agora e se abrir para a perspectiva universal, de modo que em qualquer espaço poderá sempre haver a luta entre dois lados, um referente às técnicas e aos conhecimentos especializados, próprios dos meios sistêmicos, entre eles o poder do aparato administrativo/governamental e o outro referente às demandas democraticamente veiculadas, permitindo, minimamente, que em qualquer espaço, os feixes de controle sistêmico sejam atravessados e influenciados pela opinião e vontade política dos cidadãos. Ademais, o próprio exercício do poder político reflete esse atravessamento, pois, como foi dito antes, ele está sujeito a constrangimentos que resultam – ainda que contrafatualmente – da sua gênese democrática e tais constrangimentos geram dissonâncias com o modo como esse poder é exercido, às quais ele não pode se furtar nem desconhecer[18].

Pois bem, quando se fala de *práxis* de autonomia que tem por princípio a práxis discursiva, o que se tem em mente são os sujeitos, concretos, que travam relações uns com os outros, em múltiplos e diferentes espaços. Identificam suas experiências com os intercâmbios estabelecidos com o sistema e denunciam os mecanismos a que estão submetidos. Incorporam competências e valores e, nesse processo de construção de opinião e vontade coletiva, expressam suas preferências pautadas em saberes de diferente natureza – teóricos e práticos; cognitivos, éticos e morais. E na multiplicidade

e diversidade de suas vozes, não deixarão passar despercebidos fatos, processos, recursos, relações, nexos e formulações que, em última análise, constituem, direta ou indiretamente, as teias socioculturais do seu mundo do viver.

Em se tratando de promoção, muitos certamente tematizarão as prescrições comportamentalistas. Igualmente certo é que, entre tantos, pelo menos alguns lembrarão os nexos mais amplos, as determinações profundas, e vice-versa. Nesse processo, virão também as críticas, as denúncias, as recusas, as possibilidades e o surgimento do *novo*. Nesses termos, a questão se torna outra e reside não em perguntar qual modelo deve ou não ser adotado, mas se, qualquer que seja ele, está fortemente vinculado à *práxis* de autonomia dos cidadãos que, ao fim e ao cabo, constitui o modo de superar as insuficiências de cada abordagem, individualista ou estrutural, isoladamente.

Por fim, resta dizer que, para a obtenção de resposta positiva à pergunta feita, todos poderiam contribuir, basta abrirem as portas, as mentes e os corações e começarem a agir comunicativamente, pelo menos em algum momento ou situação, onde quer que estejam. As agências nacionais e internacionais também poderiam estimular tais processos caso os considerassem nas suas tomadas de decisão e nas formulações de suas diretrizes de atuação.

Segundo esse ponto de vista, isto é, de que não importa qual o modelo de promoção, desde que ele esteja vinculado ao exercício da práxis de autonomia, é que apresentamos este livro, organizado em quatro seções: abordagens teórico-metodológicas; análise de propostas e práticas de promoção de saúde segundo seus princípios, enfoque e estratégias de efetivação; análise de práticas de promoção de saúde para grupos específicos; relato de experiência.

A primeira seção incorpora, além deste primeiro, que é o capítulo 1, outros três. O capítulo 2 descreve, numa perspectiva histórica, o pensamento que norteou o surgimento da promoção de saúde, com destaque para a crítica que os autores fazem às investidas de redução da dimensão social no processo de produção saúde/doença e suas orientações transformadoras. O capítulo 3 traz a discussão da questão dos sujeitos que se drogam e faz a crítica às políticas públicas afins, utilizando como fundamentos teóricos a biopolítica, tal como formulada por Foucault e a psicanálise, pela mão de Freud e de Lacan. O capítulo 4, por sua vez, analisa o arcabouço político-institucional brasileiro referente à promoção de saúde e sua efetivação como importante estratégia de prevenção da violência. Os três primeiros capítulos são teóricos, sendo que os capítulos 1 e 3 utilizam macroteorias – especificamente, Habermas, Foucault e Freud – e o capítulo 2 utiliza revisão teórica, para discutir a saúde. O capítulo 4 faz análise documental.

A seção seguinte incorpora 12 capítulos que, no conjunto contemplam inúmeras faces da promoção da saúde. Os capítulos 5 a 9 tratam da questão da participação social em seus vários matizes. Assim é que o capítulo 5 traz a análise das experiências de

planejamento participativo desenvolvidas em Belo Horizonte, a partir de conexão entre análise documental e reflexão teórica. O capítulo 6 relata a efetivação das formulações oriundas dos processos participativos em planos e decisões formais do município, utilizando também como metodologia a análise documental. O capítulo 7 discute a metodologia de usuário-guia, que implica conhecer e reconhecer o papel ativo do usuário na construção de redes vivas, tecidas no seu processo de busca pelo cuidado. O capítulo 8 consiste de trabalho de revisão sobre a participação como estratégia central de promoção de saúde e prevenção da violência. O capítulo 9 apresenta pesquisa qualitativa sobre a intersetorialidade, envolvendo o trabalho compartilhado entre o Sistema Público de Saúde Mental e a Assistência Social, no município de Betim.

Os três capítulos subsequentes da seção abordam a promoção de saúde relativamente ao processo de combate à miséria e às desigualdades e se referem a estudos de um dos maiores programas do mundo de transferência direta de renda, o Programa Bolsa Família. No capítulo 10 é analisado o Programa Bolsa Família do município de Betim, sua necessidade, adequação e limitações, a partir de dados secundários coletados no Cadastro Único do Município. No capítulo 11, ainda utilizando dados secundários do município de Betim, analisa-se o perfil de cumprimento da condicionalidade da educação do programa. O capítulo 12 ressalta estudo qualitativo realizado com usuários do Programa Bolsa Família do município de Divinópolis.

Os capítulos 13 a 16 salientam a promoção de saúde, por outro ângulo, a oferta de cuidados e práticas por serviços de públicos de saúde. Dessa forma, o capítulo faz um estudo qualitativo com usuários da atenção primária de Belo Horizonte sobre o acesso a medicamentos. O capítulo 14, por sua vez, discute a participação do profissional de educação física na atenção primária, por meio de análise documental. O capítulo 15 analisa a prática de Lian Gong desenvolvida na atenção primária de Belo Horizonte, por meio de estudo qualitativo com usuários. E o capítulo 16 exibe pesquisa realizada no Pronto-Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, sobre a Política de Humanização, utilizando como metodologia entrevistas semiestruturados com trabalhadores e usuários.

A terceira seção inclui seis capítulos sobre promoção de saúde, cada um referente a um público específico. O capítulo 17 discute o sofrimento psíquico de estudantes de Medicina e o trabalho de escuta realizado na Faculdade de Medicina da UFMG, utilizando como metodologia a análise documental de todos os casos atendidos. O capítulo 18 estuda a qualidade de vida de portadores de hepatite C a partir de grupos operativos realizados no Ambulatório de Hepatites Virais do Hospital das Clínicas da UFMG. Os capítulos 19 e 20 tratam da questão do idoso: o primeiro se ocupa do estudo do perfil clínico-funcional de idosos atendidos no Centro de Referência do Idoso do Instituto Jenny Andrade Farias do HC/UFMG, utilizando dados secundários desse serviço; o segundo, do mesmo centro de referência e também utilizando dados secundários do

serviço, trata da avaliação do Índice de Vulnerabilidade clínico-funcional, para rastreamento de idoso frágil. Os capítulos 21 e 22 tratam da promoção de saúde da mulher e do homem, respectivamente. O primeiro apresenta cuidados específicos a serem ofertados à mulher, utilizando a oportunidade que se abre no seu atendimento de Ginecologia, sendo, portanto, um capítulo sobre prevenção primária. O segundo situa-se no polo oposto e trata a questão do papel social do homem, à luz da teoria de violência e dominação formulada por Hannah Arendt.

A quarta e última seção apresenta a experiência de criação, dentro do Sistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, nos moldes desenvolvidos no Brasil.

Finalmente, resta dizer que grande parte dos capítulos apresentados é constituída por recortes de pesquisas de alunos e professores do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional – da Faculdade de Medicina da UFMG, articulados com pesquisas realizadas por outros grupos, que foram convidados para tal fim. Cumpre também dizer que esse número é o primeiro da série intitulada *Promoção de Saúde e Prevenção da Violência,* para significar que se pretende dar durabilidade à iniciativa deste debate que tem aqui o seu primeiro passo.

Referências

1. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E.Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*. 2016 Feb; 16:140.
2. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(11):4361-70.
3. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D et al. Evaluation of health in all policies: concept, theory and application. *Health Promot Int*. 2014; 29(S1):i130-i142.
4. Melo EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(Sup): 167-76, 2005.
5. Melo EM, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL. Promoção de saúde e prevenção da violência. In: Camargos AF, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL (Org.). *Ginecologia ambulatorial baseada em evidências científicas.* 3. ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2016; 101-118.
6. Habermas J. *Teoria de la ación comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.
7. Habermas J. *Legitimation crisis*. Boston: Beacon Press; 1975.
8. Marx K, Engels F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Morais; 1984.
9. Marx K. *O capital*. Crítica da economia política. Coleção Os Economistas. Volume I. Livro Primeiro. São Paulo: Nova Cultural; 1996; 152-207; 253-80.
10. Habermas J. A nova intransparência. A crise do estado de bem-estar social e esgotamento das energias utópicas. *Novos Estudos CEBRAP.* 1987;18:103-14.
11. World Health Organization - WHO. *Milestones Health Promotion*. Geneva; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde. *Portaria nº 687 MS/GM*, de 30 de março de 2006. Brasília; 2006.

13. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. *Carta de Otawa*. Otawa; 1986
14. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface*. 2003 Fev; 7(12):101-22
15. Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *Physis*. 2007; 1(17):15-28.
16. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública*. 2007 Feb; 41(1):139-49
17. Silva EF et al. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface.* 2009 Set; 13(30):107-19 .
18. Habermas J. *Between facts and norms, contributions to a discourse theory of law and democracy*. Cambridge, Massachussets: The MIT Press; 1996.
19. Habermas J. *Pensamento pós-metafísico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1990.
20. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
21. Habermas J. *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós; 1991.
22. McCarthy T. *The critical theory of Jurgen Habermas*. 7th ed. Cambridge-London: The MIT Press; 1989.
23. Habermas J. *Teoria de la accíon comunicativa*: complementos y estudios previos.Espanha: Cátedra; 2011.
24. Giddens A. *The constitution of society*: Outline of the theory of structuration. Berkely/Los Angeles: University of California Press; 1984.
25. Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira LR.. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*. 2010; 20(3): 753-67.
26. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(Sup 2):2115-22
27. Bennett AE, Cunningham C, Johnston Molloy C.. An evaluation of factors which can affect the implementation of a health promotion programme under the Schools for Health in Europe framework. *Eval Program Plann.* 2016 Aug; 57:50-4.
28. Tinkham M. Health promotion in the elderly with coronary artery disease.. *J Vasc Nurs.* 2014; 32(4):151-5
29. Butts JA, Roman CG, Bostwick L, Porter JR. Cure violence: a public health model to reduce gun violence. *Annu Rev Public Health*. 2015; 36:39–53.
30. Shearer NB, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM. Empowerment interventions for older adults. *West J Nurs Res.* 2012 Feb; 34(1):24-51
31. Rountree MA, Granillo T, Bagwell-Gray M. Promotion of latina health: intersectionality of IPV and risk for HIV/AIDS. *Violence Against Women.* 2016; 22(5): 545-64
32. Almeida Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003 Dec; 93(12):2037-43.
33. Castiel LD. O acesso aos Campos Elísios: a promoção da saúde ampliada e as tecnologias de melhoramento em busca da longevidade (e da imortalidade). *Saúde Soc*. 2015; 24(3):1033-46.
34. Lieberman L, Golden SD, Earp JA. Structural approaches to health promotion: what do we need to know about policy and environmental change? *Health Educ Behav.* 2013 Oct; 40(5):520-5

35. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health*: levelling up Part 2. Copenhaguen, Denmark: WHO, Europe; 2006. Reprinted 2007
36. Bentley M. An ecological public health approach to understanding the relationships between sustainable urban environments, public health and social equity. *Health Promot Int.* 2014 Sep;29(3):528-37.
37. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):77-93.
38. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall CC, Broderick D, Wildgoose D, et al. Evaluation of health in all policies: concept, theory and application. *Health Promot Int*. 29 2014 Jun;29 Suppl 1:i130-42.
39. Rütten A, Gelius P. The interplay of structure and agency in health promotion: Integrating a concept of structural change and the policy dimension into a multi-level model and applying it to health promotion principles and practice. Soc Sci Med. 2011 Oct; 73(7):953-9.

Capítulo 2

ALGUMAS TENDÊNCIAS NO DEBATE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: PARA RECUPERAR CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO LATINO-AMERICANO E ANGLO-SAXÃO

Vinicius Ximenes Muricy da Rocha
Marco Akerman

Abrindo a Conversa

O tema da determinação social da saúde / determinantes sociais de saúde (DSS) tem ocupado importante agenda na saúde pública mundial. Desde os anos de 1970 há uma profusão de documentos provenientes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da comunidade acadêmica ligada à saúde pública, nessa busca de compreender, correlacionar ou estabelecer causalidade entre as dimensões do biológico e do social. Desde 2005, a partir de iniciativa da OMS, que criou comissão para tratar do tema dos DSS, alguns países estabeleceram movimentos nacionais semelhantes que chegaram a conclusões muito próximas das da comissão mundial. Contudo, debater este tema na modernidade implica reconhecer recorrências, continuidades, descontinuidades, mutações e enfoques distintos dentro de determinado contexto histórico, cultural e político. É importante que se percebam as diferenças entre cada uma dessas construções históricas e, especialmente para nós, profissionais de saúde brasileiros, que se destaque o elemento de radicalidade inscrito no "'DNA" da saúde coletiva brasileira, que nos torna capazes de reconhecer, incorporar, confrontar ou sinergizar nossos acúmulos com aquilo que outros intelectuais do mundo elaboraram sobre esta temática.

A discussão sobre os determinantes sociais da saúde parte de uma pergunta elementar e profunda: "por que as pessoas adoecem ou não adoecem? O que causa ou o que preserva as pessoas do adoecimento? O que é capaz de levar as pessoas a se sentirem doentes e o que é capaz de proporcionar bem-estar?

Segundo Teixeira e Arouca[1], há três vertentes principais que prevaleciam no momento da estruturação do campo da saúde coletiva em suas temáticas de investigação: a) determinação social da doença, b) a atenção à saúde, c) formas alternativas de organização dos serviços de saúde. Na mesma época, em 1982, as agências financiadoras de pesquisa, como o FINEP, propunham a seguinte classificação de áreas temáticas e linhas de pesquisa a serem apoiadas por seus programas: a) condições de saúde e determinantes do processo saúde-doença (condições de vida e condições de trabalho); b) políticas e organização de serviços de saúde (expansão de cobertura, integração, regionalização e adequação de serviços de saúde, etc.); c) infraestrutura científico-tecnológica em saúde (incluindo a capacitação científica dos "recursos humanos" em saúde, etc.)[2, p.100]. Considerando essas formulações "seminais" na saúde coletiva, nossas "referências" serão situadas nesta discussão a partir de três grandes "movimentações teóricas": a) as origens desta discussão na modernidade; b) as diferenças da sua construção na América Latina e nos países de origem anglo-saxão, dando ênfase ao Reino Unido e ao Canadá; c) o *status* atual e as correntes políticas colocadas.

As Origens do Debate da Determinação Social no Século XIX

As bases deste debate, na modernidade, vêm a partir do movimento de medicina social europeu do século XIX[3,p.5]. Os trabalhos de René Villermé (1782-1863) e Edwin Chadwick (1800-1890) estavam entre os primeiros a descrever em seus relatórios como o desgaste da força de trabalho deteriorava as condições de vida e saúde, principalmente do operariado nascente. O trabalho posterior de Friendrick Engels, escrito em 1844, trouxe relatos minuciosos da realidade de vida dos trabalhadores em sua época, enfocando elementos históricos relevantes da sociedade burguesa, inclusive a constituição do operariado fabril, os movimentos operários, as mudanças no campo e a indústria extrativista, com a formação dos proletariados mineiro e agrícola[4].

Os relatos de Engels contribuíram para trazer à tona a denúncia das condições de vida a que o proletariado estava sujeito e ainda dar o tom de politização na construção de alternativas, pautada na necessidade de organização dos trabalhadores para enfrentar a exploração a que estavam submetidos e que "lhes roubava" suas vidas. Identificou que "a revolta dos operários contra a burguesia seguiu de perto o desenvolvimento da indústria e atravessou diversas fases"[4,p.248]. Detalhou os processos de reação dos operários ao sistema, que começavam a reagir por meio do crime, mas gradativamente iam avançando do ponto de vista da consciência e alcançando formas

de se organizar, a partir de formas sociais coletivas como o ludismo, os "*trade unions*", o cartismo e o socialismo[4]. Engels aprofunda seus relatos com informações dos relatórios das comissões de inquéritos de fábricas que foram expostos no parlamento inglês.

Diversos relatos de médicos descreviam as condições adquiridas pelos operários diante da situação: malformações em ossos e membros decorrentes dos esforços repetitivos e das longas jornadas de trabalho em pé; superexploração de mulheres e crianças e desagregação da estrutura familiar, alta mortalidade das crianças operárias, raquitismo, mutilações, doenças respiratórias, privação do sono, desnutrição, malformações fetais, parto no pátio das fábricas, doenças mentais, alcoolismo, etc.[4].

Nesse espírito de crítica social surge o movimento da medicina social no século XIX. O primeiro a utilizar o termo foi o ortopedista Jules René Guérin, em 1838[3,p.5], que participou do clima de agitação social em seu tempo e, por meio do *Gazette Médicale de Paris,* divulgava denúncias em prol de reformas sociais que pudessem melhorar as condições de vida e saúde da população. Republicano avançado, trouxe propostas no sentido da superação das ideias da polícia médica, da higiene pública e da Medicina Legal[5,p.13]. Apesar do pioneirismo de Guérin, o caráter de sua crítica social é bem mais superficial do que o itinerário proposto por Engels. Este defendia a necessidade de síntese entre a "autenticidade de base operária do cartismo", a capacidade de elaboração do socialismo e a proposição revolucionária advinda do comunismo francês[4,p.271].

O ideário constituído por Rudolf Virchow (1821-1902) se aproxima mais do reformismo mais radical. Em conjunto com Salomonn Neumann e Leubuscher[3] (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 05), o ideário propôs o ideal da "reforma médica", a "*Medicinische Reform*", na Alemanha da segunda metade do século XIX[6,p.48]. Juntos, Vichow, Neumann e Leubuscher participaram das lutas políticas e sociais da década de 1840, como a Revolução de 1848. Virchow utilizou muitas citações de Engels, sendo, também, muito ligado à análise dialética de Hegel. Ele foi o primeiro na medicina social a considerar as condições sociais, especialmente a estrutura de classe, como relacionadas à origem das doenças[7]. Enunciava que *"a Medicina é uma ciência social, e que a política não é mais que a Medicina em escala mais ampla"*[7]. Realizou estudo importante da epidemia de tifo na Alta Silésia, em 1847, e de tuberculose em Berlim, em 1849, onde, num recorte por classes, conseguiu visualizar a determinação social na distribuição de enfermidades. Foi o primeiro a salientar que era necessária a criação de serviços de saúde pública, estatais e integrados, cujos profissionais seriam os "doutores dos pobres (*Armendarzten*). Alertou, sabiamente, que a criação de serviços de saúde não associada a medidas de transformações sociais básicas somente levaria à sobrecarga de trabalho e impotência dos profissionais para mudar as condições sociais que envolvem a enfermidade. Virchow já previa elementos atuais da prevenção de doenças e

de responsabilidade em garantir seguridade material para os cidadãos[8], assim como o direito universal ao trabalho[6,p.87].

A partir da década de 1870, as disputas ideológicas e científicas relacionadas à compreensão do processo saúde-doença começaram a enfrentar forte oposição da teoria bacteriológica, que ganhou hegemonia, por ser mais confortável ao desenvolvimento do capitalismo pós-Comuna de Paris, ao contexto científico fortemente marcado pelo positivismo e ao grande desenvolvimento das ciências naturais[6]. Nessa polêmica, há uma clivagem fundamental entre Emil Behring e Rudolf Virchow. Behring escreveu um tratado sobre terapia etiológica das doenças infecciosas, em 1893, em que criticou o trabalho desenvolvido por Virchow, em 1847, sobre a febre tifoide e se contrapõe à concepção de Medicina como uma ciência social mediante a defesa do ponto de vista puramente bacteriológico na origem das doenças infecciosas e da relação de causa e efeito entre doença e germe, a partir do que a doença, e não o paciente, passa a ser o foco de preocupação do médico[6].

Apesar dos protestos e críticas de Virchow, a medicina social entra em um período de descenso aprofundado principalmente após 1871. Os intelectuais alemães e a classe média aceitaram a política de Oto Von Bismarck e desistiram de um programa progressista[6]. Bismarck, no sentido de estabelecer mudanças "por cima" – a "via prussiana[a]"[9] –, implementou, em 1883, um sistema de seguro social com integração de financiamento e serviços previdenciários, com a prestação de serviços de assistência à saúde, numa lógica de "solidariedade obrigatória[b]"[10,p.31]. A instituição de serviços integrados de saúde para o atendimento à população defendido por Virchow é apropriada parcialmente e implementado pela proposta bismarckiana, porém, com a atenuação do elemento das transformações sociais previsto no "*Medicinische Reform*"[6]. Não foi somente o teor das reformas de Virchow que foram apropriadas. O próprio termo medicina social começou a ser utilizado como sinônimo dos serviços médicos disponibilizados pelo seguro-saúde, e alguns autores como Grotjahn e Reich abandonaram sua utilização, diante do risco de confusão. Na verdade, a derrota em 1848 mudou o contexto político de avanço dos movimentos sociais de trabalhadores, favoreceu progressivo conservadorismo e a retomada do poder pela burguesia na maioria dos países onde ocorreram insurreições populares[6,p.89-129].

Aos poucos, o ideário mais radical do movimento da medicina social foi sendo deixado de lado e o campo da higiene ganhando espaço, com autores como Meynne, na Bélgica. Na Alemanha, Eduard Reich (1836-1919) categorizou os quatro ramos da higiene:

a Fiori estabelece uma crítica ao uso "banalizado" da categoria "via prussiana", especialmente para discutir a questão do desenvolvimento brasileiro (FIORI, 1990)[11].

b Segundo a autora, lógica de controle por parte do Estado da organização dos trabalhadores, contrária ao que ocorria antes, que era a partir da solidariedade espontânea de classe por meio de caixas autônomas de ajuda mútua organizada pelos próprios trabalhadores. Assim, essa lógica bismarckiana tomava contornos coercitivos.

moral (atos morais, paixões, vida intelectual, educação, religião e moralidade), social (população, casamento, trabalho e pobreza), dietética (nutrição, cuidados com a pele, vestuário, limpeza, cosméticos, ginástica, viagens, os sentidos, sono, reprodução, habitação, clima) e policial (departamento de saúde, leis de saúde, controle sanitários, controle de habitações, controle das epidemias). Alfred Grotjahn, membro do Partido Social-Democrata Alemão, portador de conhecimento sobre as ciências sociais na época, refinou a compreensão sobre a higiene social e trouxe à tona a ideia de determinação social, porém à sua maneira[c]. Recorreu à Estatística, Economia, Sociologia, Antropologia e Demografia para "retratar o estado geral dos hábitos higiênicos", bem como "difundir hábitos higiênicos"[6,p.89-129]. Grotjahn acreditava que a doença não só era determinada pelas condições sociais, mas também poderia influenciá-las. No entanto, relação mais importante entre ambas se dava no campo da causação: a etiologia da doença é biológica e social, mas só a etiologia biológica fora, até então, estudada extensivamente.

Para Grotjahn, quatro aspectos das condições sociais deveriam ser considerados: a) podem criar ou favorecer a predisposição à doença; b) podem causar doença diretamente; c) podem transmitir causas da doença; d) podem influenciar o curso de uma doença[d]. Nessa perspectiva fatorialista, acabou criando uma lógica em que a higiene social é um "complemento necessário" para a higiene "físico-biológica"[6p.118-119]. Ludwig Teleky, em 1909, põe foco nas relações entre o estado de saúde e condições de vida determinadas pela posição social e buscou teoria que analisasse as diferenças de saúde a partir das funções sociais e padrões de vida das classes sociais.

Mosse e Tugendreich, em 1913, definiram como objetivo da medicina social *"a igualitarização da expectativa de vida de todas as classes sociais".* Ickert, 1932, dando ênfase ao domínio da estatística, dividiu o campo da medicina social em fisiologia e patologia social, diagnóstico social, terapia social e profilaxia social. Pelc, em 1936, na Tchecoslováquia, é uma das referências da difusão do pensamento de Grotjan no leste europeu, o que possivelmente influenciou a constituição do sistema de saúde soviético, no denominado modelo Semashko[6,p.123-125,12].

Na Inglaterra, apesar do intenso movimento operário, a doutrina do liberalismo tinha grande penetração, de modo que o atomismo social e a "harmonia predeterminada" entre o homem e a natureza regida por determinadas leis econômicas inexoráveis marcaram a política sanitária desse país, embora na década de 1860 tenha havido avanços relativos a abordagens socialmente orientadas do processo saúde/doença, por exemplo, a Junta da Lei dos Pobres, em 1870. A formulação do conceito de medicina social

c A compreensão de determinação social de Grotjahn é distinta da compreensão de Virchow. O segundo tem abordagem histórico-social. O primeiro tem uma compreensão que se aproxima da compreensão multifatorial, numa lógica de "determinismo".

d Muito semelhante ao conceito que vem desde a década de 1960 de História Natural da Doença (LEWIS; CLARK, 1966)

na Inglaterra é recente e, permeada pelas "ameaças dos anos de 1930", culminou com a reafirmação do conceito de bem-estar, influenciando a formulação do Relatório *Beveridge*, que deu origem ao sistema de saúde inglês[6,p.90,101,129].

Com a mudança política na Europa Ocidental, de meados do século XIX ao início do século XX, e a perda de força dos ciclos de lutas sociais revolucionários, também os discursos vinculados à determinação social do processo saúde/doença perderam sua "potência transformadora. Talvez o movimento de implantação de sistemas universais de saúde em diversos países da Europa Ocidental, principalmente as experiências escandinavas e do NHS inglês, seja o que mais se aproxima do movimento da medicina social alemão de meados do século XIX. É fundamental entender esse histórico para diferenciar, no século XX, por exemplo, as particularidades entre as ideias sobre a determinação social do processo saúde-doença desenvolvidas na América Latina, especialmente no continente sul-americano, em relação às contribuições da medicina social inglesa e seus debates durante e após a Segunda Guerra Mundial.

Do que foi exposto, conclui-se que os conceitos de determinação social se desenvolveram na perspectiva de temporalidade e historicidade. As forças sociais e políticas implicadas na construção dos movimentos sociais e/ou acadêmicos que deram origem a essas interpretações expressam visões de mundo, componentes ideológicos e o contexto científico de determinada época dentro do arranjo e dinâmica da sociedade que se estabelecem num certo momento.

A Construção da Determinação Social do Processo Saúde-Doença na América Latina

A visão de Virchow de determinação social "imigrou" para a América Latina a partir da "porta de entrada" do Chile, no início do século XX. Um importante colaborador de Virchow, Max Westenhofer, foi, durante muitos anos, diretor do Departamento de Patologia da Universidade do Chile durante esse período, influenciando gerações de estudantes, especialmente um jovem estudante de Medicina chamado Salvador Allende, já naquela época ativista político. Sua experiência como médico e patologista moldou muito sua futura carreira política. Em contato com o legado de Virchow e outros do movimento de medicina social europeu, estudou as raízes sociais das enfermidades na Europa e lançou-se para um modelo explicativo dos problemas médicos no cenário de subdesenvolvimento[13].

Em 1938, em plena crise mundial que afetou sobremaneira o Chile, uma coalizão de partidos de esquerda chegou ao poder com o presidente Aguirre Cerda, do Partido Radical. O Partido Socialista, coligado nessa Frente Popular, indicou para designação ao Ministério da Saúde Pública o médico sanitarista Salvador Allende, que iniciou extenso estudo da realidade médica do país e, junto com sua equipe, elaborou o documento

intitulado "*La Realidade Médico Social Chilena*", publicado em 1939. Em análise pioneira, bem antes de ser formulada a Teoria da Dependência no âmbito da América Latina, definiu que "a economia chilena havia se tornado escrava dos sucessos dos mercados mundiais". A perda de mercados lucrativos relacionados ao cobre e salitre, diante dos anos de recessão, havia levado um custo social devastador para os pobres. Ele definiu que a alarmante situação social chilena se dava por uma hierarquia de causas, resultadas de determinantes estruturais[14]. É clara no texto a compreensão de Allende sobre a determinação social para um país da periferia do capitalismo, ainda mais em um panorama de imperialismo. Além de ter retomado o enfoque político da saúde, Allende desenvolveu o registro de análise epidemiológica de diversas informações: perfil de morbimortalidade materno-infantil, diferenças entre preços de remédios genéricos e as marcas da indústria farmacêutica, relação entre densidade populacional e doenças infecciosas, entre outras[13].

O pensamento de Allende foi construído historicamente por meio do agrupamento de médicos de pensamento avançado de seu país, além da presença de militares progressistas e pressões do movimento operário que induziram reformas sociais durante a década de 1920. Durante a década de 1940, ocorreu, a partir da organização dos "falangistas", movimento de reorganização da direita política e do centro que, no entanto, teve de incorporar elementos do discurso social para ter legitimidade perante a sociedade[15]. Nesse refluxo dos movimentos de esquerda, Salvador Allende, Senador do parlamento chileno, em 1952, foi fundamental na preparação da legislação inspirada na concepção de Virchow de serviços de saúde pública, que deu origem ao Serviço Nacional de Saúde Chileno, o primeiro de toda a América Latina, que garantia o acesso universal à saúde[13]. Também foi muito importante a influência positiva da implementação do NHS inglês no ano de 1946[15]. A vitória de Allende para a Presidência da República na década de 70 tinha como um dos objetivos aprofundar as reformas sociais e da saúde que haviam sido implementadas nas duas experiências anteriores. O governo de Augusto Pinochet, que sucedeu o de Allende, levou a um retrocesso de diversos avanços que haviam sido conquistados pelo povo chileno nos 30 anos anteriores[14,p.75].

No Brasil, Josué de Castro (1946), em trabalho sobre a realidade social e de saúde da população brasileira, quase contemporâneo ao primeiro de Allende, intitulado "Geografia da Fome", tratou com rigor científico e geográfico os elementos históricos, sociais, políticos, edafológicos, climatológicos, antropológicos, literários, folclóricos, biológicos, dietéticos, médicos, psicológicos, e tantos outros[16,p.281], não de forma fatorial, mas sim de forma histórica, estrutural e integral. Com essa obra que adquiriu caráter de denúncia, conseguiu desfazer a visão da "naturalidade" do fenômeno da fome, caracterizando como realidade histórica e espacial, com implicações médicas, sociais, culturais, humanas.

Na América Latina, por sua condição periférica na ordem mundial, a intelectualidade e os movimentos sociais são desafiados a enfrentar o dilema da subalternidade

nas relações internacionais, da dependência e da estruturação de "nichos de miséria e subdesenvolvimento" para garantir a manutenção das lógicas de acumulação e de hegemonia política dos países capitalistas centrais em detrimento principalmente dos "países ao sul". Num primeiro momento, há uma corrente de intelectuais que, movidos pelas teorias formuladas pelo Centro de Estudos para o Progresso da América Latina (CEPAL), compreendem o subdesenvolvimento como uma "fase", apostando na lógica "desenvolvimentista" para tentar construir um "protótipo de proposta de Estado de Bem-Estar Social" na periferia. Esse pensamento tem repercussões para dentro dos movimentos reformistas da saúde durante as décadas de 50 e 60, sendo criticado por autores como Breilh[17,p.60-64] e Laurell[18,p.10-11].

No Brasil aderem à tese desenvolvimentista sanitaristas como Mário Magalhães, Carlos Gentile de Melo e Samuel Pessoa, referências para as gerações seguintes, respeitados pelo debate sério sobre a problemática da saúde, porém criticados pela lógica economicista da tese de "adoecer menos para produzir mais" e pela adoção da ideia de Gunnar Myrdal de "causação circular cumulativa" entre pobreza e doença, presente entre os sanitaristas tradicionais da Europa do século XIX, como Chadwick, e os "higienistas sociais" do início do século XX[19,p.46-47]

A relação direta entre a circulação das ideias e propostas explicativas do processo saúde-doença com as lutas sociais de determinado período, em um dado contexto social e histórico, implica resgatar a autenticidade da concepção de determinação social produzida na América Latina. A partir da década de 1960, o mundo capitalista sentiu as primeiras manifestações da crise que vivemos hoje, que apesar de ser econômica apresenta-se também como política, ideológica e social. É a época da luta dos "*Comité d'Áction Santé*" no meio canadense francês, dos negros e "chicanos" nos EUA, exigindo controle e reorganização dos serviços comunitários, das mulheres exigindo controle sobre seu corpo, dos movimentos contra a destruição ecológica. Além disso, tem-se em alguns países um cenário de lutas operárias, como a que fortemente impactou na luta por saúde na Itália e a articulação de amplo movimento popular em alguns países latino-americanos, que tem protagonismo histórico até hoje[18].

Nesse quadro de lutas contra regimes autoritários, especialmente, durante as décadas de 1960, 1970 e 1980, por plataformas nacionais e democráticas, destacados foram os movimentos sociais de saúde compostos por intelectuais, trabalhadores da saúde, estudantes e populares.

O Equador é país importante do ponto de vista da produção de formulações sobre determinação social do processo saúde-doença na América Latina. Jaime Breilh e Edmundo Granda são destaques nesse pioneirismo. Construíram o Centro de Estudos e Assessoria em Saúde (CEAS), em Quito. Para ambos, o resgate contemporâneo da linha social da epidemiologia não pode se constituir em assimilação acrítica da epide-

miologia convencional, na incorporação não seletiva de seus conceitos e métodos, na simples justaposição da mesma com os preceitos do materialismo histórico[20]. Breilh e Granda, em seu trabalho de mestrado no final da década de 70, fixaram as bases do que se considera a epidemiologia social crítica latino-americana e o conceito de determinação social do processo saúde-doença adotado ainda hoje pela Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES).

Para eles, é importante compreender, na definição do perfil epidemiológico, o sistema de contradições em movimento no interior de uma sociedade, que envolvem questões encadeadas como produção-distribuição-consumo, o processo social do sujeito-espaço natural e as questões superestruturais produzidas/reproduzidas, como a consciência e organização social. De forma integrada e integral deve-se entender que a subsunção e mediações biológicas se dão por meio da genética, dos mecanismos que eles colocam como biologia pretérita – normas de reação e fisiologia presente, em que entra o elemento fenotípico. Utilizam fortemente nesse processo de interpretação a matriz marxista, explicando como se dá a passagem da reprodução natural para a reprodução social, a relação entre o social e as condições naturais exteriores. Para eles, há predomínio do momento produtivo sobre o momento do consumo na organização econômica para entender, em última análise, a questão da determinação e que isso traz potência, por exemplo, para entender como é ofertado, circula, troca-se e se reproduz a mercadoria força de trabalho nos processos gerais da sociedade e como isso impacta no perfil de saúde-doença das diversas classes sociais, principalmente nos trabalhadores[17,p.189-249].

Outra grande contribuição provém de intelectuais vinculados à Universidade Autônoma do México, principalmente a partir de Asa Cristina Laurell. Esse grupo trouxe, no início da década de 1980, reflexão sobre a relação entre biológico e social – o primeiro imerso no segundo – assumindo assim formas históricas específicas e diversas. Isso significa pensar o problema "[…] *não mais a partir da doença, mas sim, no processo de desgaste-reprodução humano, que, em alguns momentos, se expressa como doença."*[18]. Também cumpriu papel fundamental na América Latina o apoio de técnicos comprometidos com a transformação da sociedade, com caráter mais crítico do "campo social da saúde", disponibilizando para esse intento o aparato de organizações como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Juan César García talvez seja um dos maiores apoiadores para que esse campo de conhecimento possa se estruturar autonomamente frente à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária e à Saúde Pública tradicional. E possa também sobreviver política e academicamente diante do forte esquema repressivo na maioria dos países do continente naquela época, desenvolvendo identidade própria a partir de produção científica sistemática e constituindo-se como campo inter/disciplinar próprio, integrado às lutas sociais concretas por democracia, justiça social e transformações na estrutura da sociedade.

No cenário brasileiro, foi no interior dos departamentos de Medicina Preventiva que surgiu, dialeticamente, a crítica a ela própria e à medicina comunitária, reafirmando-se a necessidade de compreender a dinâmica do processo saúde-doença e de promover processos sociais transformadores para garantir o direito à saúde das pessoas. Para isso, vinculou-se tal demanda à questão democrática e à luta contra o autoritarismo. Esses aspectos constituíram pontos de partida de dois importantes autores brasileiros: Cecília Donnângelo e Sérgio Arouca, que inauguraram o campo da saúde coletiva brasileira[21].

A construção da saúde coletiva brasileira e a medicina social latino-americana compartilham caminhos comuns. A concepção de determinação social do processo saúde-doença, que é singular no continente latino-americano, foi forjada pelo mesmo movimento que deu origem a esses dois campos.

Na verdade, o que marca o diferencial desses dois campos em relação a outros é a crítica à higiene e à higiene social, ao sanitarismo tradicional, à medicina preventiva, à medicina comunitária, à medicina de família, à medicina integral, a todas as abordagens apoiadas no modelo biomédico, seja de enfoque monocausal, de enfoque causal multifatorial ou de ”determinismo social” (no caso da “higiene social” de Grotjahn), com traços que hoje seriam considerados funcionalistas. Na América Latina, a manutenção do termo medicina social é, inclusive, uma forma de se resgatar um “sentido fundador” desse campo em suas origens no século XIX[22,p.117-135].

Determinantes Sociais na Cultura Anglo-Saxão: do Departamento de Medicina Social de Oxford à Comissão de Determinantes Sociais da OMS

No Reino Unido, as pressões sociais que vinham desde o final do século XIX para garantia de cobertura à saúde pelos trabalhadores, assim como propostas reformistas que se expressaram na década de 1920, como a elaboração do Relatório Dawson, foram retomadas e rearticuladas a partir do final e depois da Segunda Guerra. As mazelas sociais decorrentes da destruição da guerra, a perda de legitimidade do discurso da “insuficiência financeira do Estado” para prover serviços de saúde, diante dos gastos bélicos excessivos, e o desmantelamento de um mercado consumidor da medicina liberal diante do empobrecimento da população no imediato pós-guerra levaram as forças políticas progressistas, os movimentos sociais e a organização de forma corporativa, especialmente de segmentos das categorias de médicos e enfermeiras, a proporem a organização do *National Health System* (NHS), implementado em 1946.

Esse recente movimento em prol da socialização da medicina e da saúde na Inglaterra induziu a estruturação de uma produção teórica voltada para a medicina social naquele país, cuja consciência pública, historicamente, sempre teve forte traço das

ideias liberalizantes. As pressões da corporação médica levaram o sistema de saúde inglês, apesar de público, a ter uma base liberal na organização de seu processo de trabalho, a partir do modelo da capitação na porta de entrada do sistema (*primary care*), com a presença de um médico realizando o papel de "*gatekeeper*" – *general practioner (GP)*[22-26,6].

Esse processo de constituição da medicina social na Inglaterra ganha fôlego em 1943, quando Sir. Jonh A. Ryle, "*professor regius"* da Universidade de Cambridge, decidiu demitir-se e se tornar professor de medicina social a convite da Universidade de Oxford. Ele fazia parte, em conjunto com outros médicos renomados, da Associação Médica Socialista, organização de médicos ligados ao Partido Trabalhista Inglês, entre os quais estavam o Major Greenwood, David Stark Murray, Richard Doll, J. R Marrack, J. M. McIntosh, W. Nixon, Thomas Mc Keow e Brian Mac Mahon, todos envolvidos na implantação do NHS inglês[27,p.552-559].

Havia, desde a década de 1920, uma penetração do pensamento social progressista em setores de médicos da sociedade britânica, com a preocupação em se compreender "as causas sociais de problemas sociais". No caso da saúde pública, houve um misto de "tradição do sanitarismo e da epidemiologia inglesa com origem em Chadwick, Farr e Snow" com elementos do pensamento político liberal-democrático do trabalhismo britânico, com recuperação de pensadores como Virchow, Villemé e Alison[27,p.552-559]. Foi nessa época também que houve novas formas de compreender, do ponto de vista econômico, as relações entre Estado e mercado, ressaltado pelo pensamento de John Maynard Keynes, que marcou a implantação da seguridade social e do NHS no pós-guerra na Inglaterra e que contribuiu na definição do ideário de Estado de Bem-Estar Social – *Welfare State*[23]. O NHS traduziu a implementação do ideário de "Bem-Estar Social" dentro do setor saúde, mas este integrado a toda uma lógica de seguridade e desenvolvimento social[23].

Nesse mesmo contexto histórico, ocorreu a I Assembléia Mundial de Saúde, 1948, em Genebra, que fundou a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o enunciado de que "saúde é um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial"[28].

Um dos médicos partícipes dessa articulação da medicina social inglesa, Richard Doll, em 1949, associou-se a Austin Bradford Hill, renomado epidemiologista da *London School of Hygiene*. E em 1951, consolidou estudo que mostra relação direta entre tabagismo e câncer de pulmão. Terris chegou a afirmar que se consagrou, com esse feito, uma "segunda revolução epidemiológica", com fortalecimento da epidemiologia e sua utilização no estabelecimento de critérios para a validade da condução da clínica[27].

Com tais mudanças no campo da epidemiologia, médicos sociais ingleses colaboraram em outros países do mundo. Brian Mac Mahon, já na Universidade de Havard, sistematizou o modelo de explicação da doença de forma multifatorial, definindo fator

como aquilo que está associado ao aumento da frequência das doenças. Assim, nas doenças crônicas há a associação de vários fatores "causais" ou de risco que, interligados, constituem o que ele denominava de "redes causais". Há importante crítica ao paradigma da epidemiologia tradicional, reforçado por Mac Mahon, por sua filiação inequívoca e quase dogmática ao positivismo[29].

Hugh Leavel e E. Gurney Clark basicamente incorporaram elementos da ecologia à teoria da multifatorialidade, tendo como base de toda a fundamentação a chamada "tríade ecológica": hospedeiro – agente – meio ambiente, sendo a doença o resultado do desequilíbrio entre homem e ambiente. A Medicina Preventiva torna-se uma disciplina que advoga independência do antigo campo da Higiene e, para tanto, organiza uma teoria explicativa do processo saúde-doença denominada de História Natural da Doença, que associa elementos da epidemiologia, da fisiopatologia, da clínica e da ecologia, integrando tudo que é externo ao indivíduo, inclusive a dimensão social, como parte do meio ambiente[30].

Assim, Leavell e Clark dão um caráter mais sistemático aos acúmulos que vinham do movimento da medicina preventiva desde a década de 1920, que nos EUA tinham sua estruturação a partir da Higiene e da Saúde Pública, mas enfocava, em seus primeiros tempos, a dimensão dos custos da assistência à saúde e de mudanças na educação médica[31]. Difundia-se a lógica de "livre arbítrio" individual para garantir condição saudável, possível por medidas educacionais e comportamentais. O paradigma da multifatorialidade viria se propagar pelo mundo todo a partir de organismos internacionais como a OMS e a OPAS. Diante da crise dos anos 60, demandava-se "resposta social" do sistema diante das contradições que envolviam os impactos sobre os modos de viver e suas repercussões no setor saúde. Tais propostas chegaram ao contexto da América Latina[17] por meio de movimentos como a medicina preventiva, a medicina integral, a saúde comunitária e a medicina de família.

Para a teoria da multifatorialidade, a dimensão social, entre tantos outros, é fator que se comporta como de risco como qualquer outro ou então atuando na intensificação dos efeitos de outros, como componente do ambiente externo ao homem (hospedeiro). Apesar de superar a concepção de monocausalidade do processo saúde-doença, a causalidade multifatorial é insuficiente para se compreender, por exemplo, como o processo de adoecimento se dá na periferia do capitalismo. Mesmo nos países centrais, havia, naquela época, movimentos contestatórios que desenvolviam reivindicações sobre a saúde, como no caso do original movimento de Medicina Comunitária nos Estados Unidos[e]/[22,p.124-125]. Havia nas populações hispânicas e negras dos EUA um clima de agitação social que também abarcava a questão da saúde, envolvendo problemas como a

e Na década de 1960, em pleno contexto de luta pelos direitos civis, ocorreram importantes reivindicações populares por saúde, inclusive com a presença de manifestantes dos "Panteras Negras" e dos *"Young Lords"*, contribuindo com ações como a do *"Piensa Lincoln"*, na ocupação do Lincoln Hospital, na periferia sul do Bronx em Nova Yorque[34] (MULLAN, 2007).

qualidade dos serviços, a escassez de profissionais para o atendimento das populações periféricas, modelos de cuidado e temas como a saúde mental (defesa do modelo da psiquiatria comunitária americana) e a relação entre jovens e uso de drogas[32].

O modelo inglês não foi poupado de críticas na própria Inglaterra. Douglas Black, em relatório que leva seu nome, abordava a questão da iniquidade social e seus impactos na saúde, ressaltando que somente o acesso a serviços de saúde, mesmo que supondo terem eles uma prática "mais integral", era limitado para enfrentar a dimensão coletiva do adoecimento. Assim o "Relatório Black" propunha medidas concretas de como reduzir as desigualdades sociais na Inglaterra[33]. No próprio movimento fundador da medicina social inglesa, há estudos e conclusões que indicam caminho distinto do de Mac Mahon ou mesmo das formas aperfeiçoadas por Leavell e Clark, nos EUA.

Thomas Mc Keow, em 1979, publicou *"The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?",* em que traz a discussão sobre determinantes da saúde, visto que entre suas conclusões, por exemplo, percebe que a queda da frequência da tuberculose na população da Inglaterra e País de Gales deu-se mais sob influência das melhorias nas condições de vida da população naqueles países do que pela oferta de serviços de saúde do NHS. Mc Keow questiona, por exemplo, que não são tão "simples" a definição e o estabelecimento do que seja saúde, como prevê o conceito da OMS de 1948[35]. Para Laurell, não se pode perder de vista o caráter duplo – social e biológico – do processo saúde-doença, cuja unidade deve ser mantida e ainda contra o fato de o não ser muito "visível" como uma dimensão se transforma na outra.

Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde-doença. Este problema não está resolvido. A reflexão sobre o caráter do processo da saúde doença, porém, abre alguns caminhos para serem explorados[18, p.15].

Além disso, as mudanças no padrão de acumulação do capitalismo associadas a fatores como a crise do petróleo levaram aos Estados mudanças na produção, na circulação de riqueza e, consequentemente, a crise fiscal. Nos anos de 1970, tem-se um novo contexto na Europa Ocidental e em países da América do Norte, como o Canadá, que tem conseguido garantir cobertura universal na saúde desde 1966[36,p.579], mas enfrentava diversos dilemas já na década de 1970. Em 1973, Lanframboise, motivado pelos gastos crescentes em saúde, sem a eficácia correspondente nas respostas governamentais ao setor, propôs o modelo dos "Campos em Saúde", com o qual tenta ampliar a proposta pela teoria ecológico-funcionalista da História Natural da Doença e, com isso, diversificar e integrar a abordagem sobre o processo saúde-doença, de modo a intervir em *"*uma complexa rede de inter-relações e interdependências em que não se poderia precisar uma origem última ou uma causalidade linear*"[36].* Dá-se importância aos determinantes analisados na perspectiva de "fatores integrados", que não podem ser manejados de modo dissociado: biológico, ambiente, estilo de vida

e serviço de saúde[37]. O governo canadense produziu, em 1974, a chamada *"A New Perspective on the Health of Canadians"*, quando adotou a proposta dos "Campos da Saúde" respaldada por estudos no país que mostram que 80% dos problemas em saúde se devem a problemas relacionados ao ambiente e ao estilo de vida. Lalonde, então Ministro da Saúde, fez a crítica à priorização, nos anos anteriores, de investimentos em tecnologia e afirmou que o governo teria *"*responsabilidade por outras medidas, tais como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente, como a poluição do ar, a eliminação dos dejetos humanos, águas servidas e outros."[37,p.30,31]*.* Norteia-se, assim, o Relatório Lalonde por cinco prioridades: "promoção da saúde, regulação, eficiência da atenção sanitária, investigação e estabelecimentos de objetivos*."*[37]

Apesar do reconhecido mérito, o Informe Lalonde e a teoria dos "Campos da Saúde" ainda ficaram presos à perspectiva "comportamentalista" da promoção da saúde[f]. Na verdade, apesar de alguns avanços ao debate inicial, esse paradigma, que veio constituir as bases do movimento de promoção da saúde, é uma tentativa de racionalizar a organização das políticas de saúde, em conjunto com outras políticas sociais e de desenvolvimento, com vistas à "eficiência" na execução e melhor ordenamento dos gastos em saúde. Esse modelo, que incentiva a "participação popular" ou a "participação social", implica a transferência de parte das responsabilidades dos governos para que as próprias pessoas, de forma organizada, possam proporcionar "empoderamento" para resolver seus próprios problemas. Isso, por um lado, é interessante, por outro pode gerar questionamentos como "desresponsabilização" do Estado na garantia de direitos sociais[38]. Os acúmulos do Informe Lalonde tiveram repercussões importantes para dois momentos que foram fundamentais para a expansão do ideário da promoção da saúde mundo afora: a Conferência de Alma Ata, em 1978, e a I Conferência de Promoção da Saúde em Otawa, em 1986.

O momento da formulação da Teoria dos Campos da Saúde e da Conferência de Alma Ata foi o mesmo em que o Reino Unido, a partir dos relatórios Radcliff e Black[g], refletiu sobre os problemas de seu sistema de saúde – especificamente a limitação da abordagem de saúde ao acesso aos serviços, a insuficiência de outras políticas sociais e os próprios problemas correntes que envolvem as condições de vida das pessoas – e tematizou a questão da iniquidade[39]. No entanto, as críticas foram parcialmente absorvidas no contexto da Inglaterra da época e, na verdade, convertidas em mudança, a partir da década de 1980, de alguns princípios fundamentais do NHS, com a implementação de reformas de Estado segundo princípios do neoliberalismo introduzido pelo governo Margareth Tatcher. O Relatório Griffiths foi um marco da retirada do enfo-

f Este termo foi utilizado primeiramente por Henry Sigerist, sanitarista e historiador da Medicina, que definiu que os grandes objetivos dos cuidados em saúde seriam: promoção da saúde, prevenção das doenças, restauração do doente e reabilitação (TERRIS, 2006).

g CASTRO, 2010.

que de reformas sociais mais amplas para a linha gerencialista de mudanças na estrutura e ordenamento administrativo do sistema de saúde inglês, segundo o discurso de "busca de eficiência"[36,p.589]. Em outras palavras, as críticas foram apropriadas, mas num sentido diferente do que os formuladores estabeleciam no momento de apresentação dessas propostas em seus países.

Com o advento do neoliberalismo[h] e suas repercussões, como limitação das políticas sociais, redução do gasto em saúde, restrições à participação dos movimentos sociais nas decisões governamentais, com predomínio da lógica tecnoburocrática de conduzir o aparato estatal e a defesa de "ajustes estruturais", que podem ser consideradas contrarreformas em relação ao "*Welfare State*", o movimento da promoção da saúde, apesar da vitalidade e de sua adoção por organismos internacionais como a OPAS e a OMS, enfrentou grandes dificuldades de implementação de suas propostas de cunho abrangente, sendo incorporado de forma parcial por políticas sociais focalizadas, amplamente difundidas, mundo afora, pela *"inteligentsia neoliberal",* na forma de "pacotes" de iniciativas de educação e informação em saúde, incentivos verticalizados a ações de saúde pública e implantação de programas de atenção primária seletiva[38,40].

Breilh analisa um pouco desse fenômeno em entrevista recente ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em que tematiza a contradição entre a premissa socialmente fundada de abordagem dos determinantes sociais e a promoção da saúde, pelo menos daquela promoção restrita ao estilo de vida e levada a cabo na perspectiva individual/comportamental[41].

Destacada presença na discussão dos determinantes sociais foi a do inglês Michael Marmot, da Epidemiologia Social inglesa, que realizou trabalho pioneiro junto a Geofrey Rose, intitulado "*Employment grade and coronary heart disease in British civil servants*"[42]. Trata-se de estudo longitudinal que discute a relação de causalidade do infarto agudo e os cargos ocupados por servidores públicos na Inglaterra.

Quando a OMS criou, em 2005, a "Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde" (CDSS), Marmot foi convidado para presidi-la. Essa Comissão reelaborou a teoria sobre "determinantes sociais da saúde em camadas", que se propunha a hierarquizar a relação entre várias categorias de determinantes, numa espécie de níveis que vão do âmbito da estrutura da sociedade, passando para as dimensões coletivas, familiares e individuais. Esse modelo não se preocupava em explicar as relações e mediações entre esses diversos níveis e a questão das causas das iniquidades, porém construiu um modelo gráfico bem sistemático de sua proposta[43]. Duas questões foram centrais na discussão proposta pela comissão: lidar com a questão das iniquidades e combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos.

h Proposta construída a partir do ideário de Haeck e Fridman, principalmente após a Segunda Guerra Mundial.

A questão das iniquidades é já elemento presente desde o Relatório Black, na Inglaterra. A questão das desigualdades injustas e de seu enfrentamento abre alguns referenciais, uma vez que se vincula a um ideal de justiça e, em certa medida, exprime respostas que se contrapõem aos parâmetros neoliberais de condução dos temas sociais.

Determinantes Sociais e Promoção da Saúde

São várias as críticas a esse novo movimento de promoção da saúde. Para Breilh, a abordagem dos "determinantes" não se tem diferenciado epistemologicamente da abordagem "neocausalista", uma vez que eles estão sendo tratados como "fatores de risco", mais abrangentes, é verdade, porém marcados somente por conexões externas entre si. E deixando de lado o debate sobre determinação social como modos e processos históricos estruturados[44,p.136]. O enfoque explicativo centrado em categorias como "determinantes sociais" e não na "determinação social" acabou por induzir as análises desse "novo movimento" a ignorar o eixo epistemológico central do debate latino-americano: a busca das "causas das causas". Houve distribuição desigual de dinheiro, poder e recursos. Por quê? Havia uma sociedade organizada a partir de classes sociais. Por quê? As pessoas sentiam e eram afetadas pelas iniquidades, por quê? O pressuposto de que sempre "*haverá uma hierarquia numa sociedade*", presente na fala de Marmot, expressa e reforça a lógica redutora da nova abordagem dos determinantes sociais. E produz o mesmo efeito, a forte presença do pensamento de Amartya Sen, a partir de sua análise sobre o desenvolvimento social do estado de Kerala, na Índia[45, 46], na discussão da Comissão OMS. Sen, que também foi membro da Comissão, é grande crítico do socialismo e tem como horizonte o desenvolvimento dessas "políticas sociais equânimes" por dentro do próprio capitalismo[47].

Em 2011, o governo brasileiro, conjuntamente com a OMS, organizou a I Conferência Mundial sobre determinantes Sociais em Saúde. Não houve acordo entre diversas organizações que lá estiveram presentes e vários documentos foram produzidos: *International Federation of Medical Students' Association* (IFMSA), que representa os estudantes de Medicina do mundo, enfocou, principalmente, o elemento da democracia e da garantia de sistemas universais de saúde; o Movimento Saúde dos Povos, que manteve a linha de compromisso social construído desde a Alma Ata; o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde[48] (CEBES), em conjunto com a Associação Latino-Americana de Medicina Social[49] (ALAMES), que também defendeu suas teses, inclusive a inclusão da Teoria do Bem Viver, por contraponto ao estilo de vida.

O documento oficial do evento baseou-se na linha construída pela CDSS. Houve consenso de que a Conferência de 2011 não alcançou o nível político de outras Conferências, como a de Alma Ata e a de Otawa. A crítica foi, principalmente, a de que as decisões ficaram restritas aos Ministros da Saúde dos vários países presentes, numa

lógica de consenso, numa correlação de forças global bem menos progressista do que havia nos eventos anteriores[50].

A novidade, entre as várias correntes que se apresentaram na Conferência, fica por conta da Teoria do Bem Viver:

A teoria do Bem Viver (Sumak Kawsay ou Sumak Qamaña) nasceu da prática histórica e da resistência dos povos indígenas da América Latina […] Quer ser uma alternativa à ideia moderna do "progresso" e pretende colocar um novo contexto para as lutas emancipatórias dos movimentos sociais […] Seus princípios são relacionalidade, complementaridade, reciprocidade e correspondência […] o Bem Viver, que quer questionar a fundo a modernidade e seus conceitos de base, não é somente uma reivindicação dos indígenas nem para os indígenas[51, p.1].

Possivelmente, o grande desafio da discussão e do movimento de promoção da saúde no cenário brasileiro é lidar com a questão: como a preocupação com a equidade consegue se articular com uma nova ontologia trazida na luta dos movimentos sociais na América Latina, que desafia e questiona os pilares do modelo de modernidade, "capturado" pela lógica de progresso e desenvolvimento, dotando ou resgatando um novo sentido para a vida, para as relações sociais, para nossa existência como humanidade? Num mundo marcado pela concentração de riquezas, dedicadas a poucas mãos, que ameaçam ou aprisionam toda a ordem democrática no mundo, somos desafiados a repensar os elementos estruturais dessa sociedade, sem saber direito a concretude da alternativa necessária. Segundo Boaventura de Sousa Santos, essa alternativa precisa ser anticapitalista, antipatriarcal e anticolonial. É necessário quebrar "continuidades", que persistem mesmo quando acreditamos que alcançamos padrões socialmente inovadores de mudanças[52]. Uma demonstração disso é a semelhança, mas não mera coincidência, entre um navio de refugiados resgatados no Mar Mediterrâneo e um navio negreiro, em pleno século XXI.

Referências

1. Teixeira SMF, Arouca S. *As ciências sociais em saúde no Brasil*. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS; 1985; 87-109 apud Nunes ED. *Sobre a sociologia da saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Nunes ED. *As ciências sociais em saúde na América Latina*: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS; 1985.
3. Almeida Filho N. *Uma breve história da epidemiologia* In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003; 5.
4. Engels F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo; 2010. Coleção Marx-Engels. Tradução de Die Lage der Arbeitenden Klasse in England
5. Minayo MC. *Observador, testemunho e autor*: uma visão da sociologia da saúde In: Nunes ED. Sobre a sociologia da saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2007; 11-6.

6. Rosen, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec; 1994.
7. Virchow, 1958 (FALTA REFERÊNCIA apud Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Social Medicine*. 2006; 1(1):5-10. [Acesso em: 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/index
8. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Social Medicine*. 2006; 1(1):5-10. [Acesso em 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/index
9. Coutinho, CN. A democracia como valor universal. *Encontros com a Civilização Brasileira*. 1979; 9:33-47.
10. Giovanella L. *Solidariedade ou competição*? Políticas e sistemas de saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001; 31.
11. Fiori, JL. Sonhos prussianos, crises brasileiras – leitura política de uma industrialização tardia. *Ensaios FEE*. 1990; 11(1):41-60.
12. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012; 89-92.
13. Waitzkin H. Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. *International Journal of Epidemiology*. 2005; 34:739–41. [Acesso em 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://ije.oxfordjournals.org/content/34/4/739.long doi:10.1093/ije/dyh17.
14. Schuftan C. Una verdadera joya en los anales de la medicina social. El legado del joven Allende. *Medicina Social*. 2006; 1(3):73-5. [Acesso em 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/index
15. Aggio A. Frente popular, modernização e revolução passiva no Chile. *Rev Bras Hist.* 1997; 17(34). [Acesso em 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01881997000200012 http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01881997000200012
16. Carvalho MS. Josué de Castro, o mapa da fome e o mapa do fim da fome. *Geografia*. 2001; 10(2):279-82.
17. Breilh, J. *Epidemiología*: economia, política e saúde. Tradução Oliveira LR et al. São Paulo: UNESP; 1991.
18. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latino-americana de Salud*. 1982; 2:7-25.
19. Capistrano Filho DC. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P. *Saúde em debate*: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES; 2008; 46-7.
20. Breilh J, Granda E. Os novos rumos da epidemiologia. In: Nunes ED. *As ciências sociais em saúde na América Latina*: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS; 1985; 241-53.
21. Teixeira SMF. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Adm Empres.* 2009; 49(4):472-80.
22. Paim J. *Os desafios da saúde coletiva no século XXI*. Salvador: UFBA; 2006; 117-35.
23. Cardoso FLL. A influência do Relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942 – 1950). *Revista Todavia*. 2010; 1(1):39-53.
24. Llanos CR, Lanfranco MF. Problemas del estado de bienestar británico en la historia del tiempo presente. Una aproximación a la trayectoria de Reducción del Welfare State. *Análisis Político*. 2011; 73:79–96.
25. Guimarães, R. Dilemas morais e práticas de saúde. Rev Saúde Pública 2013;47(2):425-9.

26. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado brasileiro de medicina de família e comunidade*. 1ºed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
27. Terris M. As relações dinâmicas da epidemiologia com a sociedade: a Conferência Robert Cruikshank. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2005; 13(2):545-66.
28. Kloetzel K. *Clínica médica*: raciocínio e conduta. São Paulo: EPU; 1980; 6-14.
29. Arellano OL, Saint Martin FP. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Rev Social Medicine.* 2006; 1(3). [Acesso em 15 de outubro de 2016]. Disponível em: http://www.medicinasocial.info/.
30. Leavell H, Clark EG. *Preventive medicine for de doctor in his community*: an epidemiological approach. New York: MacGraw Hill; 1965.
31. Arouca S. *O dilema preventivista*: contribuição para compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; 2003.
32. Chowkwanyun M. Seize the hospital to serve the people: a video interview with activist Cleo Silvers. *Rev Social Medicine*. 2007; 2(2):99-106. [Acesso em 15 de outubro de 2016]. Disponível em: www.socialmedicine.info.
33. Black D et al. *Inequalities in health:* the Black report. Middlesex: Penguin Books; 1982.
34. Mullan F. Seize the hospital to serve the people. *Rev Social Medicine*. 2007; 2(2):107-14. [Acesso em 15 de outubro de 2016]. Disponível em: www.socialmedicine.info.
35. McKeown T. *The role of medicine:* dream, mirage or nemesis? Oxford: Basil Blackwell; 1979.
36. Conill E. Sistemas de saúde comparados. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2007; 563-613.
37. Gosch CE, Fraga AB et al. *Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD; 2013; 11-37
38. Correia MVC. *A saúde no contexto da crise contemporânea do capital*: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. [Tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2005; 78.
39. Carvalho AI, Buss PM. *Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção* In: Giovanella L. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008; 141-66.
40. Fuhrmann NL. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. *Rev Civitas*. 2004; 4(1):111-31.
41. CEBES. *Determinantes sociais da saúde*: entrevista com Jaime Breilh. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: http://cebes.org.br/2011/11/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-com-jaime-breilh/.
42. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1978; 32:244-49.
43. Buss PM, Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
44. Guzman RG. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Rev Social Medicine*. 2009; 4(2):135-43.
45. Kutty, VR. Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India. *Health Policy Plan.* 2000;15(1):103-9.
46. Sen A. Health in development. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999; 77(8): 619-23.
47. Myhrvold-Hanssen TL. *Democracy, news media, and famine prevention*: Amartya Sen and The Bihar Famine of 1966-67. Manuscrito não publicado; 2003.

48. Cebes. *Determinantes Sociais.* Contribuições do grupo. Rio de Janeiro; 2011. [Acesso em: 15 out 2016] Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/determinantes(1).pdf
49. Alames. *Informe de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. La Paz; 2011. [Acesso em: 15 out 2016] Disponível em: http://www.alames.org/index. php/documentos/ declaraciones-de-la-asociacion/2011/3-documento-de-alames-dirigido-a-la-organizacion-mundial-de-la-salud-ante-la-conferencia-mundial-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud/file
50. Alames. *El debate y la acción sobre la determinación social de la salud*: posición desde los movimientos sociales. Rio de Janeiro; 2011. [Acesso em: 15 out 2016] Disponível em: http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2011/9-posicion-de-organizaciones-de-la-sociedad-civil-respecto-a-la-cumbre-de-determinantes-sociales-de-la-salud/file
51. Dávalos, P. *Os dispositivos de poder na América Latina não são apenas econômicos, mas também raciais*. Entrevista para Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro; 2011. [Acesso em: 15 out 2016] Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-dispositivos-de-poder-na-america-latina-nao-sao-apenas-economicos-mas-tambem
52. Santos BS. Public Sphere and Epistemologies of the South Africa. *Development.* 2012; 37(1):43–67.

Capítulo 3

NAVEGAR É PRECISO, VIVER É (IM)PRECISO: NOTAS PARA ABORDAGEM DOS SUJEITOS QUE SE DROGAM NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA[a]

Vívian Andrade Araújo Coelho
Alexandre Costa-Val
Rosimeire A. da Silva
Cristiane de Freitas Cunha

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, consomem abusivamente algum tipo de substância psicoativa[1]. Salvo algumas variações que não repercutem significativamente nos dados epidemiológicos, essa realidade encontra equivalência no território nacional. O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil evidenciou que 12,3% da população preenchem critérios para a dependência de álcool, 10,1% para dependência de tabaco e 2,1% para a dependência de alguma droga ilícita[2]. Essas taxas, embora sirvam de suporte para que o uso de "drogas" seja nomeado atualmente como um "problema de saúde pública", são insuficientes para se pensar nas sutilezas que estão em jogo na abordagem clínica dessa questão.

Um breve percurso pela história da humanidade indica que o uso de "drogas" já estava presente desde o período Paleolítico, revelando que esse tipo de comportamento

a Texto publicado originalmente na Revista ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 6, n. 1; 2016.

– ainda que ganhe diferentes coloridos de acordo com a época e o contexto sociocultural – sempre fez parte da existência humana. No século XIX, iniciou-se a partilha entre substâncias lícitas e ilícitas (ou entre usos lícitos e ilícitos de uma mesma substância) a partir de julgamentos morais legitimados pelo saber biomédico que se sedimentava na ocasião. Esse processo marcou a construção social da criminalização do uso de certas "drogas"[3].

Atualmente, a vertente moralizante das práticas e políticas de saúde voltadas para o "problema das drogas" é, frequentemente, ofuscada pela instrumentalização dos saberes biomédico e jurídico. Costuma-se privilegiar a necessidade de tratamento dos usuários, tendo como suporte um suposto adoecimento psíquico, assim como criminalizar a produção, a distribuição e o consumo dessas substâncias. A naturalização desse tipo de leitura impede que se pense na polissemia embutida no termo "droga", que pode abarcar desde substâncias farmacológicas, como um analgésico, ou uma potente substância alucinógena até outras que, de acordo com o uso, podem ser categorizadas como tal (como, por exemplo, a cafeína, o chocolate e os chás medicinais). Além disso, contribui para o alarde midiático e o pânico coletivo, motivando proposições intempestivas de intervenções homogêneas que desconsideram as singularidades de cada sujeito[4].

Tomando como ponto de partida as nuanças presentes na construção social em torno do que hoje é reconhecido como "o problema das drogas", este artigo se propõe a refletir sobre as respostas políticas e sociais que vêm sendo construídas no território nacional para lidar com essa questão. Partiremos de uma perspectiva histórica das políticas públicas voltadas para a assistência aos sujeitos que se drogam para, em seguida, fazer o tensionamento entre o que tem sido proposto atualmente e o que de fato ocorre na prática. Finalmente, discutiremos criticamente as dificuldades de apropriação de certas propostas pelo campo da saúde, valendo-se da biopolítica como categoria de análise. A experiência dos consultórios de rua no município de Belo Horizonte será apresentada como uma possibilidade de intervenção no contexto da saúde coletiva.

O Modelo Nacional de Assistência aos Sujeitos que se Drogam

O modelo atual encampado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) segue as diretrizes da política nacional de saúde mental, oficializada com base na *Lei 10.216/2001.* Essa legislação foi fruto de um movimento político e social complexo, iniciado na década de 1970, que ficou conhecido como reforma psiquiátrica. Até então, a loucura era abordada, predominantemente, a partir da institucionalização. As denúncias a respeito das condições precárias dessas instituições, assim como a percepção de que elas não contribuíam para a reconstrução dos laços sociais rompidos no processo de adoecimento psíquico, contribuíram para desencadear discussões e propostas de um novo formato assistencial. Fortemente influenciada pelo modelo italiano – que preconizava a

extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços mais integrados ao espaço social –, a reforma brasileira propôs a substituição de uma prática centrada no hospital por uma prática interdisciplinar sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária[5].

Nesse cenário, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territorializados que buscam acolher os sujeitos com sofrimento mental, oferecendo-lhes assistência médica e psicossocial de forma a fomentar a autonomia, a integração social e familiar. Articulados a outros recursos comunitários e aos demais dispositivos da rede de saúde, esses serviços privilegiam o atendimento de sujeitos nos momentos de crise que necessitam de um cuidado mais próximo. Em relação à internação hospitalar, a legislação determina que ela seja realizada somente quando outros recursos se mostram insuficientes, vetando a internação em instituições asilares e priorizando permanências breves e integradas ao território[6].

Posteriormente, tendo em vista as demandas particulares dos sujeitos que se drogam, começou-se a estruturar dispositivos específicos para essa clientela: os CAPS para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad). Esses serviços seguem as mesmas diretrizes dos CAPS, preconizando o tratamento territorial, a articulação à rede e reservando a internação como último recurso. Essa organização foi impulsionada pela publicação da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, em 2004, que estabeleceu a redução de danos como o princípio para abordagem desses sujeitos na rede[7].

Redução de danos

A descoberta do HIV, na década de 1980, fez com que as políticas de saúde de várias partes do mundo se mobilizassem em torno dos sujeitos que usavam drogas injetáveis. Aos poucos, as práticas médico-sanitárias, voltadas para a prevenção do HIV/AIDS e restritas à troca de seringas, foram sendo estendidas até a concepção atual de redução de danos. Esta pode ser entendida como uma política que, sem condicionar à abstinência, tem como objetivo reduzir os prejuízos na saúde dos consumidores, estimulando o protagonismo da população-alvo em seu autocuidado[7,8]. Nessa perspectiva, a redução de danos postula intervenções singulares que incluem o uso protegido de certa substância e sua diminuição ou substituição por outras que causem menos impacto à saúde. Esse tipo de postura contribui para que os sujeitos que se drogam possam criar um vínculo com os profissionais e serviços da saúde. Além disso, minimiza o estigma social sobre essa condição, possibilitando a superação das barreiras que agravam a marginalidade e dificultam a busca por ajuda.

Na prática, a construção dessa proposta de cuidado deve partir dos problemas percebidos pelo próprio sujeito, deslocando-o do lugar de objeto de cuidado para o

de sujeito responsável por suas escolhas. Nesse sentido, as intervenções exigem um posicionamento ético-político da equipe de saúde, requerendo criatividade e disponibilidade. Por exemplo, um usuário de *crack* em situação de rua que tenha tuberculose ou AIDS pode ter acesso a tratamento supervisionado associado ao fornecimento diário de alimentação no momento da administração da medicação. Na medida em que o sujeito é acolhido na forma como ele se apresenta, sem imposições ou exigências, abre-se um espaço para que ele desvele e lide com suas escolhas, gerenciando os riscos aos quais está se submetendo[3].

A Realidade Prática da Assistência aos Sujeitos que se Drogam

O hospital psiquiátrico como um radar da atual rede de saúde mental

Para contextualizarmos a realidade da assistência aos sujeitos que se drogam, partiremos dos resultados de um estudo que realizamos recentemente. Seu objetivo foi analisar as alterações no perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos em Belo Horizonte, que funcionam como referências para o estado, no decorrer da constituição da rede de serviços comunitários[9].

Ainda que o hospital psiquiátrico, atualmente, não se constitua como a primeira e muito menos como a única instância de tratamento, pode-se constatar que essas instituições ainda fazem parte do circuito assistencial, realizando atendimento às urgências e internações em momentos de crise. Na prática, quando os CAPS necessitam encaminhar seus pacientes para internação, muitas vezes o destino é o hospital psiquiátrico. Nesse sentido, pode-se entender o hospital como um radar do sistema de saúde, um lugar que, por estar fora, mas dentro da rede, se constitui em um espaço privilegiado para perceber os problemas e dificuldades dos serviços assistenciais comunitários[10].

Em nosso estudo, a análise dos bancos de dados desses hospitais demonstrou significativa diminuição no número de atendimentos realizados entre 2002 e 2011, a despeito do crescimento populacional do estado. Essa modificação foi concomitante à estruturação progressiva de serviços comunitários em Minas Gerais, que aumentaram de 0,26 CAPS/100.000 habitantes em 2002 para 0,69 em 2011. Apesar da redução dos atendimentos no período, a proporção de internações aumentou. Chamou a atenção que a clientela, que antes era constituída predominante por sujeitos com quadros sugestivos de transtornos psicóticos, passou a ser constituída, majoritariamente, por sujeitos usuários de sustâncias[9]. Tais achados parecem indicar que, até 2011, embora a estruturação da rede de assistência comunitária em saúde mental tenha abarcado a loucura, ela ainda era insuficiente para acolher os sujeitos para os quais o uso de "drogas" se constituía o principal problema.

Essa hipótese se torna mais consistente quando se examina a rede de cuidados em Minas Gerais. Em 2011, o estado possuía somente 21 CAPSads, em contraste com os 140 CAPS cujo foco não era especificamente o uso de substâncias. Em Belo Horizonte, município com mais de 2 milhões de habitantes e um dos pioneiros na assimilação das propostas da Reforma Psiquiátrica, existiam, em 2011, dois CAPSads, sendo que em nenhum deles o funcionamento era realizado nas 24 horas. Esses dados indicam não só a escassez de serviços voltados para os sujeitos que se drogam, mas podem também refletir outras dificuldades que precipitam a internação no hospital psiquiátrico.

Entre o Ideal Prescrito e o Real da Prática Clínica na Rede de Saúde

Apesar da rede de atenção proposta pelo Ministério da Saúde para a assistência aos sujeitos que se drogam, pode-se observar que, efetivamente, lida-se com uma distância entre o ideal prescrito e o real da prática clínica[11].

Os Programas de Atenção Básica em Saúde, cujo principal motor é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de sua expansão, ainda apresentam cobertura inferior a 20% em diversas cidades brasileiras. Isso limita não só o acolhimento desses sujeitos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também a própria atuação do CAPSad, cuja essência depende da articulação com o território[8]. As ações dos CAPSads, que deveriam ter bases territoriais, ficam, assim, reduzidas ao atendimento no próprio serviço que, mesmo situado em território de elevada prevalência de consumo e tráfico de "drogas", é subutilizado, não funcionando como referência para a população-alvo. Soma-se a isso o fato de que os serviços de saúde em geral não levam em consideração questões culturais e o modo de vida dessas pessoas. Por exemplo, a chance de um(a) profissional do sexo ou usuário(a) de drogas, após uma noite acordado(a), buscar atendimento em um serviço de saúde nas primeiras horas da manhã é muito reduzida. É comum que esse seja o horário de acolhimento de muitas UBS, algo que dificulta o acesso desses sujeitos. Fica para os profissionais a visão cômoda – e equivocada – de que esses sujeitos não querem se cuidar. Isso ratifica a exclusão social e a precariedade da assistência[11].

Outro elemento que contribui para a precariedade da assistência relaciona-se diretamente à formação e ao suporte inadequados dos profissionais de saúde. O desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao uso de "drogas", a reprodução de ideias e preconceitos existentes no imaginário popular e o medo de exposição à violência do tráfico são algumas das dificuldades com as quais eles se deparam. Como consequência, esses profissionais, frequentemente, apresentam posturas pouco acolhedoras, prejudicando o vínculo com o serviço de saúde e a adesão ao tratamento[3].

O acesso à atenção hospitalar também se constitui como um impasse. Apesar da ênfase dada pela Reforma Psiquiátrica ao papel excludente do hospital, na prática clínica, em alguns casos, a internação se faz necessária. De acordo com a proposta atual, o atendimento dos usuários em prontos-socorros e UPAS, além da criação de leitos em hospitais clínicos, é a estratégia para lidar com situações mais complexas que ultrapassam a capacidade resolutiva dos CAPSads. Entretanto, os leitos em hospitais clínicos vêm sendo implantados de maneira tímida, a despeito das grandes porcentagens de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos. Além disso, a proposta atual esbarra em algumas dificuldades, como a falta de formação para os profissionais da equipe hospitalar e ausência de articulação desses hospitais com os serviços da saúde mental[12].

Para finalizar, deve-se atentar também para as dificuldades na articulação da rede de atenção como um todo. Na prática, observa-se uma deficiência no diálogo estabelecido entre os serviços, resultando em uma atenção fragmentada que prejudica a continuidade do cuidado dessa clientela[11].

Novas Lógicas Manicomiais

Para além dos problemas práticos da rede de saúde, o hiato temporal, nomeado pelo Ministério da Saúde de "vácuo de tempo", na resposta das políticas públicas à questão das drogas, concorreu para o estabelecimento de práticas que reeditam a díade proteção/exclusão. Nesse sentido, veem-se crescer as internações compulsórias mediadas pelo Judiciário, assim como a disseminação de instituições, conhecidas como comunidades terapêuticas (CT). Essas entidades são, na maioria das vezes, privadas, apresentam caráter religioso e partem do pressuposto de que é preciso afastar o sujeito de suas redes sociais e submetê-lo a um ambiente artificial e disciplinar para que ele permaneça abstinente. Cabe registrar que, no contexto de discussão acerca do consumo de *crack* no país, essas instituições foram incluídas pelo governo federal na rede de atenção psicossocial, assim como nas políticas sustentadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas[3].

Essa situação remete à lógica que marcou a assistência em Saúde Mental antes da Reforma Psiquiátrica, em que o tratamento era sinônimo de segregação. Não é difícil fazer uma aproximação do aspecto disciplinar dessas comunidades àqueles presentes no tratamento moral concebido pelo psiquiatra Phillipe Pinel ainda no século XVIII. Ambos visam, em última instância, adequação ortopédica dos sujeitos aos padrões socialmente aceitos. Trata-se de uma proposta que só encontra possibilidade fora do laço social, no esvaziamento do discurso do sujeito e na objetificação da experiência na categoria da doença. Esses pontos, que sintetizam a terapêutica moral e religiosa, permitem igualar as concepções do modelo de tratamento das CTs àquelas do modelo manicomial[3]. Olievenstein,[13,p.139] antevendo essa questão, sugere a toxicomania como

a experiência que na contemporaneidade viria a ocupar o lugar vazio da segregação outrora habitado pela loucura:

Na Idade Média havia a lepra, nos tempos modernos, a loucura; amanhã [nosso hoje], a toxicomania. Se não tomarmos cuidado, nós iremos rejeitar, internar novamente todo um grupo social cujo crime consiste em não estar dentro da lei do momento.

Vale ressaltar que esses mesmos princípios que orientam o cotidiano da abordagem ofertada pelas CT, quando organizados como discurso, fazem laço com a política de "guerra às drogas" e reproduzem sua lógica binária. Isso significa que a abstinência inscreve-se do lado do bem, do "não às drogas", e o uso, necessariamente, do lado do mal e do "sim às drogas"[3].

A Lógica Perversa da Biopolítica

As rápidas transformações tecnológicas que marcaram os últimos tempos tiveram decisivo impacto na forma como pensamos, vivemos, sentimos e nos relacionamos com os outros e com nós mesmos. As expressivas mudanças nas ciências biomédicas, assim como as novidades biotecnológicas aliadas ao mercado de consumo, impulsionaram a redefinição dos limites do corpo, trazendo o somático, no que ele tem de mais visceral, para o centro de nossa existência[14].

Essas mudanças são frutos de constantes lutas, resistências e negociações que podem ser localizadas em determinados contextos históricos e sociais da sociedade ocidental. Nesse sentido, Foucault fornece elementos para se pensar as relações humanas que se estabelecem nas sociedades modernas a partir da tônica do biopoder. Segundo esse autor, esse poder é exercido não a partir da autoridade oriunda de um foco central, mas de técnicas sutis disseminadas no cotidiano, negociadas e incorporadas pelos corpos e por todo tecido social[15].

Segundo o pensamento foucaultiano, houve uma transformação a partir da época clássica, em que o direito de um poder soberano de fazer morrer deu lugar a um poder que gera e ordena a vida[16]. Nesse raciocínio, a princípio, as tecnologias de poder se concentraram na gestão individual dos corpos, tomando-os como objetos a serem manipulados, visando, em última instância, à produção de "corpos dóceis", saudáveis e produtivos. A tecnologia desse poder disciplinar ganhou espaço para o seu desenvolvimento nas prisões, nos hospitais, nas fábricas e nas escolas[17].

Durante a segunda metade do século XVIII, apareceu o que Foucault denominou de biopolítica da espécie humana. Trata-se de uma política que se preocupava com a vida dos cidadãos, buscando impor a eles formas de bem-estar social. Tais tecnologias visavam, em última instância, ao controle da população a partir de procedimentos

que pretendiam sistematizar e compreender processos característicos da humanidade como, por exemplo, os nascimentos, os óbitos, a reprodução e a fecundidade. A biopolítica não excluiu a perspectiva disciplinar da "anatomopolítica do corpo individual", mas a ela se integrou, reforçando-a[15].

Na medida em que a racionalidade passou a operar como princípio de organização dos saberes e de ordenação da realidade, o saber científico se configurou como uma forma socialmente legitimada de produção de verdades e, consequentemente, de exercício de poder. Se o poder de outrora era exercido a partir do princípio de soberania que fundava uma lei simbólica, na Modernidade ele passa a ser cada vez mais regido pelas técnicas de governo fundamentadas nas normas e regras de conduta estabelecidas pelo discurso científico sobre o homem. Segundo Foucault, esse discurso viria a ser o alicerce daquilo que ele nomeia como "sociedade de normalização"[15].

Ao governo não cabia mais a soberania sobre a morte, mas a regulamentação da vida. Essa mudança no objeto do poder é enunciada por Foucault como um deslocamento da prerrogativa do Estado de "fazer morrer e deixar viver" para "fazer viver e deixar morrer". Essas estratégias, sobrepostas ao sistema de direito público, articulado ao princípio de soberania do corpo social, possibilitaram a configuração do trabalhador como uma figura sociopolítica e econômica, destinada a saciar a ferocidade da máquina industrial. Os princípios do liberalismo já vigoravam nessa época e contribuíram para a articulação de estratégias de pulverização do poder em instituições subestatais (corporações médicas, fundos de bem-estar e segurança, etc.), de forma que as normas fossem impessoais, quase anônimas, oriundas de múltiplos focos no âmbito do saber e deslocadas do Estado[14].

Ao longo do século XX, o exercício do biopoder foi sofrendo mudanças que refletem certa crise dos modelos disciplinares tradicionais das sociedades industriais. Foucault, apesar de ter entrevisto essa alteração, não se debruçou sobre ela. Para o filósofo, as sociedades disciplinares eram aquelas em que o controle de inclusão e exclusão vinha acompanhado por um conjunto de instituições espalhadas pelo campo social (asilos, conventos, hospitais, escolas, exército, etc.), que buscavam implantar um modo de conduta. Na década de 1990, Gilles Deleuze fez uma espécie de atualização da genealogia do poder, marcando a passagem das "sociedades disciplinares" para as "sociedades de controle". Com isso, destacou que, atualmente, o controle não está mais confinado às instituições, mas é imanente às redes flexíveis, fluidas e flutuantes da própria existência. O que acontece, de fato, é que o próprio corpo assume o protagonismo do controle de si[18].

Da Lei à Norma: a Subjetivação da Lei no Contemporâneo

As pesquisas de Foucault evidenciam a progressiva substituição da autoridade do soberano pela disseminação da lei na forma da norma, que estende sempre mais seu campo de regulamentação da gestão dos corpos e da população, frequentemente apa-

relhada pela ciência. Essa constatação torna-se especialmente útil quando se entende, à luz da Psicanálise, que a relação com a lei é decisiva na constituição do sujeito e de sua subjetividade. A partir disso, pode-se supor que essa substituição na forma de vinculação da lei está diretamente conectada às transformações nas subjetividades e sintomas dos sujeitos contemporâneos. Para avançar nessa hipótese, será investigado como ocorre a subjetivação da lei pelos sujeitos na atualidade.

Em 1913, Freud, em seu texto *Totem e Tabu*, descreveu um tipo mais "primitivo" de organização social: a horda primeva. Nesta, o pai estava autorizado a possuir todas as mulheres, constituindo-se como exceção. Os filhos, quando chegavam à idade adulta, eram expulsos para garantir a manutenção do poder paterno. Em certo momento, eles se reuniram e retornaram à horda para matar e devorar o pai, com o intuito de ter acesso ao gozo interditado. Ao colocarem o ódio em prática por meio desse assassinato, surgiram o remorso e o sentimento de culpa, fazendo com que o pai se tornasse ainda mais forte do que quando era vivo. Como uma tentativa de solução para esse afeto, os filhos edificaram um totem como substituto do pai e instituíram as leis simbólicas que proibiam o parricídio e o incesto. Essa lei é garantida pela incorporação de algo do pai no banquete totêmico, dando espaço às diferentes identificações aos aspectos parciais do pai morto que formarão o supereu. Este, enraizado no isso, sustentará o laço social[19]. Esse processo refere-se, em última instância, ao Mito Edipiano.

Pode-se entender o assassinato do pai primitivo como uma metáfora da passagem do pai que tudo proíbe àquele que algo permite. Nessa elaboração, Freud subverte a ideia de que toda regra tem sua exceção ao determinar que a exceção – o pai e seu assassinato – é o que funda a regra. Essa noção é patente nas discussões foucaultianas sobre o poder soberano que, a partir da exceção do governante, possibilita o estabelecimento de um pacto simbólico.

Não se deve desconsiderar, contudo, que, a despeito da nobreza simbólica com a qual a lei se apresenta, ela mantém íntima relação com a agressividade, principal representante da pulsão de morte. Afinal, a lei se funda exatamente na morte do pai. Eis, aqui, a duplicidade do processo de subjetivação da lei: por um lado, existe uma face apaziguante, que viabiliza satisfações prazerosas; e, por outro, a face violenta, desregulada, do gozo que desconhece o bem-estar do sujeito e exige cada vez mais[20]. Pode-se dizer, assim, que a lei é subjetivada justamente porque funciona como um recurso para que cada sujeito esboce um contorno em torno do elemento inapreensível pelo discurso: o real da pulsão de morte. Consequentemente, a vigência da lei se nutre exatamente da pulsão de morte.

Freud já havia mencionado esse elemento em vários momentos de sua obra, destacando a impossibilidade de que a lei pudesse capturá-lo por completo. É o que ele reporta, por exemplo, quando enumera as três atividades impossíveis: educar, governar

e psicanalisar[21]. A singularidade do encontro de cada ser falante com a língua produz um resto, um resíduo heterogêneo não absorvível pelo processo pedagógico, político ou analítico que sempre resiste, ou seja, o real.

A produção de artifícios simbólicos que tentam dar conta desse resto está condicionada e é impulsionada pela história em sua dimensão temporal. Dizer que esses artifícios, em certos momentos, suportaram o caráter pulsional não significa dizer que essas respostas sejam completas ou que consigam tamponar o impossível estrutural. Pelo contrário. Freud irá desenvolver a ideia de que esse obstáculo é justamente o que funciona como motor das mudanças históricas e sociais. Ou seja, em cada época surgem respostas para essa impossibilidade, mas elas nunca são completas.

Assim, pode-se deduzir que há um real pulsional que é "não todo" histórico, que está sempre presente, causando permanente mal-estar no sujeito e colocando em xeque a utopia de uma sociedade harmônica, sem conflitos, estabelecida a partir dos interesses dos cidadãos[20]. O amor, os vínculos sociais, as estruturas elementares do parentesco, as identificações, o poder do soberano, os dispositivos jurídico-disciplinários são modalidades históricas de suplências para dar conta desse vazio irredutível, entre o gozo pulsional e o Outro simbólico[22].

É o que Freud evidencia em seu texto de 1930, *Mal-estar na civilização*, ao indicar que sempre, ao longo da história da sociedade, há um desconforto entre as exigências pulsionais de cada um e as restrições impostas pela civilização[21]. No entanto, como dito, se Freud se depara com a agressividade e seu potencial destrutivo como elementos intrínsecos à experiência humana, ele também compreende que é essa mesma cota de agressividade que pode interferir e transformar o processo civilizatório. Ou seja, a pulsão de morte não é apenas destrutiva, mas também o motor da criação.

Lacan,[23] em 1938, em seu texto *Os complexos familiares na formação do indivíduo,* ressaltou a importância fundamental da função da imago paterna na estruturação psíquica do sujeito. Nos anos de 1950, conforme esclarece[24], Lacan desloca a ideia de um inconsciente estruturado pela família, pelo pai, da realidade para a ideia de um inconsciente estruturado pelas leis da fala e da linguagem. Nesse sentido, o Nome-do-Pai, termo que substitui a "imago paterna", deve ser entendido como uma metáfora, um "significante de exceção" que institui o universo simbólico. Esse arranjo é estrutural e faz parte das diversas formas de convívio em sociedade. A contingência própria do contemporâneo não é, portanto, o declínio da família ocidental ou do patriarcado, conforme Lacan parecia sugerir em 1938. O que está em jogo é a forma como os sujeitos, imersos no campo da linguagem a partir do pacto simbólico estrutural, irão se arranjar para dar conta desse ponto não representável – que se aprendeu com Lacan a chamar de gozo.

No contemporâneo, embalados pelo discurso do capitalismo, os sujeitos deixam de ser cidadãos, transformando-se em consumidores. Diante da oferta obscena de

objetos, o capitalismo cria uma atmosfera onde tudo é possível. Como consumidores, todos são iguais e devem ficar satisfeitos com os produtos oferecidos[25]. Assim, abre-se um espaço para que os sujeitos se organizem não mais em torno dos ideais, mas em torno dos objetos de consumo, negando o pacto simbólico fundado a partir do "significante de exceção".

O ofuscamento do simbólico, dos ideais, abre espaço para uma nova vertente do Outro social. Em vez de um poder externo, surge um poder anônimo, horizontalmente pulverizado nos "comitês de ética", difundidos tanto no interstício social como também na própria formatação da interioridade subjetiva. Essa disseminação do poder captura o próprio corpo, tornando-o instrumento de domínio de si. O operador simbólico é substituído pelos "instrumentos efetivos de formação e acúmulo de saber", pelos "métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa" e pelos "aparelhos de verificação"[15,p.40], cujo foco é a normalização da ordem social. Aqui se pode localizar, em consonância com a obra foucaultiana, o rebaixamento da lei à norma.

Essa norma pode ser entendida como uma "ordem de ferro", pois ela é mais feroz que a interdição simbólica do Nome-do-Pai. Esta, apesar de interditar o gozo, marca uma falta, criando um campo para o desejo[26]. O correlato da "ordem de ferro" é o imperativo do gozo constado na tônica do capitalismo. Consuma! Goze! Aproveite! São os chamados que imperam e ofuscam a falta estrutural decorrente dos efeitos do Nome-do-Pai ou, em termos freudianos, da castração. Os objetos de consumo são oferecidos a todos com a falsa promessa de que tamponarão o vazio estrutural do ser humano. Na verdade, isso não ocorre e o sujeito se põe a consumir cada vez mais e mais, em uma busca desenfreada por uma satisfação absoluta que nunca chega. Ao final, não se sabe mais quem é consumido: o objeto ou o consumidor. É nesse ponto que Lacan vai localizar o mal-estar da modernidade.

Nesse mesmo contexto, observa-se um borramento entre o público e o privado, de tal forma que os sujeitos vão desenvolvendo certo gosto pela exibição de si. O direito ao segredo, à privacidade, cede lugar ao imperativo de se mostrar. A propagação desse gosto pela exibição tem suas raízes na versão mais contemporânea do capitalismo, que promove controles de qualidade mais rígidos em nome do respeito ao direito dos consumidores. Nessa lógica, a transparência é fomentada em função da satisfação genérica e da garantia do consumidor. O homem contemporâneo não é só convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar a sua aparência, ocultar o seu envelhecimento, manter a sua saúde em toda sua potência, mas, mais do que isso, mostrar para os outros pares que está em conformidade com essas normas. Esse empuxo à avaliação assume uma dimensão que envolve tanto a avaliação de si quanto do outro[25,26].

No contemporâneo, os protocolos com suas regras explícitas e sua suposta transparência ganham a cena. Paradoxalmente, o imperativo igualitário e suas práticas dis-

ciplinares das sociedades liberais convivem com biopoderes que produzem indivíduos que reivindicam, politicamente, o direito de serem tratados todos como exceção[26]. Ora, se todos podem se constituir como exceção, mais uma vez todos se tornam iguais, negando o fundamento do pacto simbólico. O mais curioso é que essa busca frenética por esses direitos é, frequentemente, calcada no fascínio exercido pela tecnociência, reduzindo a cidadania aos direitos (e obrigações) à vida, à saúde e à cura[14].

Uma vez que a bússola dos ideais é substituída pelos objetos que possibilitam um gozo imediato, o sujeito deixa de se interrogar quanto ao desejo e, em última instância, quanto às questões relativas ao amor. A repercussão é a evidente fragilidade dos vínculos sociais. As imagens do mundo contemporâneo confirmam essa ideia quando mostram, por exemplo, as "cracolândias", repletas de sujeitos que quase não falam entre si.

Transpostas para a presente discussão, essas elaborações conduzem à hipótese de que o uso de "drogas", assim como as respostas sociais e políticas que são dadas a elas, possa ser pensado como um efeito das mudanças na relação com a lei e sua subjetivação. Essas alterações parecem estar associadas à gênese de certos "problemas de saúde" atuais, marcados pelo descontrole subjetivo e pela desconexão com as regulações sociais.

Uma Lógica não Totalizante

Como visto, no contemporâneo vive-se em um contexto caracterizado pelo imperativo perverso de normatização pulverizado pelos corpos e tecidos sociais. Trata-se de uma tentativa de controle fundada em uma lógica homogeneizante e totalizante. No entanto, conforme verificado, essa investida é sempre fracassada, fazendo com que novas normas, cada vez mais rígidas, sejam permanentemente recriadas. Esse processo é central na instituição das legislações de criminalização e nas práticas de exclusão dos sujeitos que se drogam.

Nesse sentido, vale examinar a ideia de coletivo a partir dos rastros deixados pelo psicanalista Garcia[27]. Ele indica que a passagem do singular para o coletivo só é possível se se encontrar uma lógica coletiva capaz de acolher o "Um sozinho". É comum que a ideia de coletividades seja rapidamente aproximada do ideal democrático do "para todos". Uma classe coletiva, no entanto, só se constitui como tal porque há uma exceção. Por exemplo, só se tem um grupo de sujeitos "drogados" porque existem sujeitos que não o são. O coletivo, nesse sentido, sempre comporta um paradoxo, pois indica incessantemente uma exceção, uma singularidade, um "não todo". Quando se fixa na aproximação das coletividades à lógica do "para todos", deixa-se de incluir o elemento "não todo", discriminando-o. Essa é a dinâmica do discurso biomédico diante daquilo que escapa às suas premissas: ou ele se esforça para enquadrá-lo, classificá-lo ou, simplesmente, o exclui, o ignora. Nesse ponto podem-se localizar as respostas contemporâneas que têm sido dadas ao "problema das drogas".

Por outro lado, a lógica do "não todo" é, por definição, não segregativa – já que nela é impossível fixar uma exceção. Pode-se pensar, seguindo esse raciocínio, em um coletivo como um conjunto aberto, inconsistente, paradoxal, que se localiza nessa dimensão do "não todo". Um conjunto em contínuo desdobramento capaz de subtrair dos participantes todo e qualquer predicado. Nesse coletivo, o "para todos" não é suposto desde o início, mas experimentado a partir da verificação – um por um – de sua própria singularidade. Esse "para todos" não totalizado seria construído por singularidades sem qualquer traço diferencial ou exceção que autorizasse as hierarquias, segregações ou discriminações.

Mantendo-se nessas indicações, será examinada a experiência do Consultório de Rua no município de Belo Horizonte, como uma possibilidade de abordagem dos sujeitos que se drogam.

Navegar é Preciso, Viver é (Im)Preciso

Ao propor a implantação do Consultório de Rua (CR), o Ministério da Saúde inspirou-se na iniciativa desenvolvida em Salvador. Inspirado na experiência francesa, o *Banco de Rua*, criado em 1989, foi pioneiro nesse modelo de assistência que tem como objetivo conhecer o universo simbólico da população que convive com a vulnerabilidade social, com o uso de substâncias psicoativas e que não chega aos serviços de saúde[28].

Assim, o CR se constituiu como um dispositivo clínico que, ao realizar o deslocamento do espaço protegido e fechado das instituições ao mundo transitável, disperso e plural das ruas, permite o exercício de uma clínica a céu aberto, desprotegida, disponível e confrontada por questões que transcendem as ideias de doença, mas na qual a dor se faz presente. Ao atuar nessa fronteira onde a droga encontra a exclusão social e a desfiliação mais radical, o CR ensina a ler e a reconhecer o ato de se drogar como "um ato humano portador de um sentido na vida dessas pessoas"[28,p.30]. Eis aí uma possibilidade de abordar a ineliminável pulsão de morte, entendendo-a como um motor de transformação.

Seguindo essas orientações, em 2011 foram implantadas as duas primeiras equipes de CR em Belo Horizonte. Atualmente, existem quatro equipes constituídas por um psicólogo, um enfermeiro, dois educadores sociais, um oficineiro (artista plástico ou artesão), um motorista e um redutor de danos. Apesar deste último não ter formação técnica em saúde, ele é um ex-usuário com experiência em redução de danos e em trabalhos sociais. Assim como o agente comunitário de saúde, ele agrega ao trabalho da equipe não só o saber extraído de sua experiência, mas também o conhecimento do território e sua dinâmica, favorecendo a aproximação entre equipe e usuários.

Cada CR conta com um veículo adaptado e identificado com a mesma logo do uniforme dos técnicos. Essa *van* não tem apenas a função de permitir o deslocamento da

equipe pelo território, mas também é utilizada para conduzir usuários em certas situações aos serviços das redes de saúde e assistência social. Além disso, cumpre a importante função de recurso sinalizador e ponto de encontro. Lá, usuários e técnicos se encontram, dialogam, planejam e realizam cuidados, projetos e atividades. Aos poucos, a *van* também se constitui como endereço: a ela e aos seus tripulantes são endereçados, muitas vezes, por outros usuários e pela comunidade, sujeitos em busca de cuidados.

As "cracolândias" e sua estética – lugares sombrios, mal iluminados, onde homens e mulheres ora circulam de um ponto a outro intensamente, ora permanecem inertes, expondo ao olhar da cidade um gozo solitário e breve alcançado pelo consumo de pequenas pedras de *crack* – introduzem no espetáculo da sociedade contemporânea a cena inesperada, não prevista e fora do tom. Nessas cenas, a estetização da existência denuncia o alcance do imperativo da sociedade de consumo, o empuxo ao ato de consumir e revela, pelo avesso, suas consequências. Como resto, o que se destaca é uma montagem feita de resíduos entre os quais circulam sujeitos reduzidos a essa condição social. Mal iluminados, sujos, degradados, esses locais se impõem ao olhar do espectador que perde ou facilmente ignora a multiplicidade para, então, nomear igualmente a todos como "craqueiros". Essa postura deixa escapar, sob o véu das aparências, o dado singular das existências que habitam tais territórios.

Atravessar o patamar do horror e da lógica homogeneizante, por outro lado, abre a possibilidade de se inventar uma nova saída diante da singularidade de cada um. Trata-se de um posicionamento que favorece um encontro despretensioso com a subjetividade da época, ofertando, assim, o alívio. Ou uma pausa. A passagem ao bastidor das cenas permite ver e reconhecer que nem tudo se mostra. Mesmo em público, algo de íntimo e privado permanece preservado. Há pudor em gozar diante dos olhos de quem chega e escolhe-se interromper o consumo para fazer uso da palavra. E faz intervalo. Mas, no bastidor, também se localiza a preservação de um modo de organização do espaço que remete às ideias de casa e privacidade, algo que parece esquecido nos dias atuais.

Em um dos sujeitos acompanhados pelo CR, nota-se, de modo muito claro, o sentido dado pelos gregos ao *phármakon* (remédio/veneno). Para ela, a droga que a apazigua não é aquela que se supõe e que, de fato, circula naquele território, o *crack*, mas uma das produzidas pela indústria farmacêutica: o diazepam. Para consegui-lo, ela se desdobra, prostitui-se, troca o *crack* pelo medicamento, trabalha como olheira. Nesse caso, o mal-estar a ser tratado com o diazepam gira em torno de um mesmo ponto: o "divórcio com a mãe". Chegou à cidade após se separar do marido, ruptura que também representou um corte com uma mãe invasiva e devastadora.

O CR foi nomeado por esse sujeito como "remédio ambulante". Essa parece uma boa definição para o dispositivo, pois o coloca em condições de alcançar sujeitos tão errantes e desamparados como ela. Enlaçando-se para em seguida se desenlaçar,

ela mantém com a rede, da qual participam CR, CAPS e UBS, um laço afetivo que ora é amoroso, ora hostil. E segue, ainda que de modo precário, acompanhada. É nesse ponto que a clínica norteada pela redução de danos abre a possibilidade para uma prática orientada pelo detalhe singular de cada caso. Para ela, os desencontros com um outro menos exigente e invasivo se constitui como uma via composta de intervalos, uma pausa no consumo que pode conduzir à morte.

Esse intervalo foi o primeiro achado recolhido de nossa experiência. No início do trabalho, os sujeitos instituem uma regra: "não fumar para conversar". Também indicam um manejo: a necessidade de saber produzir bons hiatos em que a palavra possa circular. No espaço de tempo entre o gozo de uma pedra e a próxima, abrem-se possibilidades. Sobre esse hiato, uma questão pode vir a se impor: "Não sei por que não saio dessa vida…". Ou um pedido: "Leva-me para o CAPS?", "Posso ligar para casa?". A abertura à demanda faz surgir oportunidades de modos substitutivos de satisfação ou de busca de alívio, que vão dos passeios pela cidade às idas ao cinema. Nesses momentos, dois deslocamentos se produzem, um geográfico e outro simbólico, pois o sujeito se desloca pela cidade, sai da fixidez que o ata ao cenário e muda de posição.

Quando se vai até onde o povo está, manter-se advertido quanto ao traço autoritário e normativo – espectro que sempre ronda a prática sanitária – possibilita escapar ao *furor curandis* e, sobretudo, à intervenção policialesca e corretiva sobre os sujeitos, suas vidas e privacidades, em nome da boa saúde.

Considerações Finais

Retornando ao ponto inicial, a caracterização do que é e do que não é considerado "droga" é definido pela maneira como nossa sociedade contemporânea encara um ideal de vida que deve ser seguido. Chancelado pelo discurso biomédico, esse modelo segue uma lógica homogênea que entende uso de drogas como uma doença e a abstinência como única meta aceitável do tratamento. Como contraponto, a redução de danos trabalha com ampla variedade de procedimentos que visam reduzir os prejuízos decorrentes dos comportamentos de risco. Dessa forma, pretende-se valorizar as singularidades e o tempo do sujeito, sem impor ideais preestabelecidos. A evidência da manutenção de práticas protetivas/excludentes, manifesta pelas internações sejam mediadas pela justiça, pelas comunidades terapêuticas ou pelos dispositivos clínicos, mostra o receio social frente a práticas consideradas ilegais e refletem diversos aspectos da maneira como a norma social é instituída hoje.

No percurso realizado, este capítulo se propôs a pensar no processo histórico de fundação do biopoder para chegar, finalmente, à sociedade de normalização, caracterizada pelos "comitês de ética" e pelo imperativo superegoico que, em última instância,

influencia na instituição das legislações de criminalização e nas condutas de exclusão. Essa exclusão se dá na medida em que se tenta contornar por completo algo inapreensível que tem a ver com a essência humana: a pulsão de morte. Na verdade, quanto mais se tenta controlá-la, mais ela exige. Nesse sentido, pensar em políticas e práticas clínicas que não sigam a lógica totalizante, incluindo, assim, as singularidades, se constitui como uma alternativa interessante de abordagem.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental:* nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
2. Carlini EA *et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:* estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID /UNIFESP; 2005.
3. Silva RA. *Reforma Psiquiátrica e Redução de danos:* um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
4. Vargas EV. *Entre a extensão e a intensidade:* corporalidade, subjetivação e uso de "drogas". [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
5. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saúde*. 2002; 9(1):25-59.
6. Brasil. Ministério da saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE. *Saúde mental no SUS:* os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
8. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(12):4665-74.
9. Coelho VAA *et al.* Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3605-16.
10. Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010; (32)2: S71–S7.
11. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(12):4579-89.
12. Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(12): 4590-4602.
13. Olievenstein C. *A droga.* São Paulo: Brasiliense; 1984.
14. Rose N. *A política da própria vida:* biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.
15. Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France* (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2005.
16. Foucault M. *História da sexualidade 1:* a vontade de saber (1988). Rio de Janeiro: Graal; 2009.
17. Foucault M. *Microfísica do poder* (1979). Rio de Janeiro: Graal; 2011.

18. Sibilia P. *O homem pós-orgânico*: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2003.
19. Freud S. *Totem e tabu.* Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*.* Rio de Janeiro: Imago; [1913]/1996, v.XIII:11–125.
20. Alemán J. *Para una izquierda lacaniana…* Buenos Aires: Grama; 2009.
21. Freud S. *O mal-estar na civilização*. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago; (1920[1929])/1996; p.73–153.
22. Lacan J. *O seminário, livro 7:* ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; (1959-1960)/1997.
23. Lacan J. Os complexos familiares na formação do indivíduo (1938). In: Lacan J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003, p.29-90.
24. Zafiroupoulos M. Nossa arqueologia crítica da obra de Lacan: Lacan e as ciências sociais; Lacan e Lévi-Strauss. *Revista Estudos Lacanianos*. 2009; 2(3):31-44.
25. Miller JA. *Você quer mesmo ser avaliado*? Entrevistas sobre uma máquina de impostura. São Paulo: Manole; 2006.
26. Santos TC, Santiago J, Martello A. (Eds.). *Os corpos falantes e a normatividade do supersocial.* Rio de Janeiro: Cia de Freud; 2014.
27. Garcia C. *Uma questão de lógica?* Do singular ao universal (para todos). [s.n.t]. [Acesso em 16 jul. 2015.] Disponível em: http://ebp.org.br/wp-content/uploads/ 2012/08/Celio_Garcia_Uma_questao_de_logica1.pdf.
28. Nery Filho A, Valério ALR, Monteiro LF. (Orgs.). *Guia do projeto Consultório de Rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD; 2011.

Capítulo 4

VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Marta Maria Alves da Silva
Deborah Carvalho Malta
Otaliba Libânio de Moraes Neto
Cheila Marina Lima
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho

Introdução

As violências e os acidentes, denominados causas externas, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10)[1], tornaram-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo[2,3] a partir do grande impacto na saúde das pessoas, no aumento da morbimortalidade por essas causas, com repercussões na qualidade e na diminuição da expectativa de vida, principalmente de adolescentes, jovens e adultos jovens. Esses agravos afetam a saúde individual e coletiva e são responsáveis por produzir altos custos sociais, econômicos, familiares e pessoais.[2,3] Para compreender melhor por que alguns agravos à saúde se tornam um problema de saúde pública, é importante considerar suas características, entre as quais a magnitude, transcendência e vulnerabilidade.[4-6]

Em 1996, na 49ª Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovada a Resolução WHA49.25, definindo a violência como um importante e crescente problema de saúde pública mundial[2,3]. E em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde[2,3], no qual se postula que a saúde pública tem a tarefa fundamental de enfrentar as suas causas e consequências[2,3]. Nesse

relatório definiu-se violência como o "*uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação*"[2,3]. Em 2004, a OMS publicou o Relatório Mundial sobre Prevenção de Lesões no Trânsito[7], chamando a atenção para a epidemia de mortes no trânsito, que ocorrem principalmente nos países em desenvolvimento, sendo os motociclistas, pedestres e ciclistas os mais vulneráveis[7].

Morbimortalidade por Violências e Acidentes

As causas externas posicionam-se como terceira causa de morte na população geral e a primeira causa de óbito na faixa etária de um a 39 anos[7] (Tabela 4.1).

Tabela 4.1. Taxas de mortalidade por causa definida e faixa etária - Brasil, 2013

Idade (anos)	Ordem				
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
0 a 9	*Acidentes*	Influenza e pneumonia	Neoplasias malignas	Doenças do coração	**Homicídios**
10-14	*Acidentes*	**Homicídios**	Neoplasias malignas	Influenza e pneumonia	Doenças do coração
15-19	**Homicídios**	*Acidentes*	Neoplasias malignas	Doenças do coração	Influenza e pneumonia
20-29	**Homicídios**	*Acidentes*	Neoplasias malignas	Doenças do coração	Influenza e pneumonia
30-39	**Homicídios**	*Acidentes*	Neoplasias malignas	Doenças do coração	Doenças cérebro vasculares
40-49	Neoplasias malignas	Doenças do coração	*Acidentes*	**Homicídios**	Doenças cerebrovasculares
50-59	Neoplasias malignas	Doenças do coração	Doenças cerebrovasculares	*Acidentes*	*Diabetes mellitus*
60+	Neoplasias malignas	Doenças do coração	Doenças cerebrovasculares	Influenza e pneumonia	*Diabetes mellitus*

Fonte: Adaptado do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/SVS/MS.

Em 2013, no Brasil, as causas externas foram responsáveis por 151.683 óbitos registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM): a maior parte de homens (82,2%), pessoas com idade de 20 a 39 anos (43,8%) e da raça/cor da pele parda

(50,1%). No período de 2000 a 2013, a taxa de mortalidade por causas externas no Brasil apresentou aumento de 10,5%, passando de 68,3 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 para 75 em 2013. Entre as principais causas específicas de mortalidade, destacam-se, pela ordem: as agressões, os acidentes de transporte terrestre (ATT), as quedas e as lesões autoprovocadas[8].

Em 2012, no Brasil, ocorreram 47.136 mortes por homicídio, representando 10% das mortes por homicídio em todo o mundo, sendo a terceira maior mortalidade por homicídios na América do Sul, atrás apenas da Venezuela e da Colômbia. A taxa de homicídios no Brasil é de 51,7 óbitos por 100 mil habitantes, sendo a maioria das vítimas pessoas do sexo masculino, adolescentes, jovens e adultos jovens (15 a 39 anos), da raça/cor parda (37,6 mortes por 100 mil habitantes) e de baixa escolaridade (a maior frequência foi entre pessoas entre quatro e sete anos de estudo (nível de escolaridade fundamental I incompleto – 34,5% das ocorrências). A arma de fogo é o principal meio de agressão, tendo sido responsável por 70,8% das mortes[8].

Em relação à mortalidade por ATT, do total de vítimas fatais no trânsito no mundo, 62% ocorrem em 10 países[9]. As tendências mundiais sugerem que até 2030 as mortes no trânsito deverão tornar-se a quinta principal causa de morte, caso não sejam adotadas medidas preventivas efetivas[10,11]. Eventos no trânsito são responsáveis por 1,3 milhão de mortes em todo o mundo, sendo o risco de morte por ATT maior nos países de renda média e baixa. Segundo o Informe Mundial da OMS, em 2015[11], nas Américas, os ATTs são a segunda causa de morte entre 15 e 24 anos de idade. No Brasil ocorreram 43.780 óbitos por ATT em 2014; a taxa de mortalidade elevou-se de 17,6 para 20,9 óbitos/100.000 habitantes no período de 2000 a 2014. Os ATTs foram responsáveis, em média, por 18% do total de internações hospitalares, financiadas pelo SUS, por causas externas no país[8]. Em 2014 foram registradas 176.007 internações hospitalares por ATT (taxa de 8,6 internações/10.000 habitantes), cujo gasto para o SUS alcançou R$ 244 milhões. Os motociclistas foram as principais vítimas entre os óbitos (28,9%) e internações (54,7%)[12].

O suicídio encontra-se entre as 10 principais causas de óbito no mundo. As faixas etárias mais vulneráveis entre os homens é a de 20 a 39 anos e entre as mulheres é de 40 a 49 anos. No Brasil as maiores taxas de suicídio ocorrem entre homens e as tentativas de suicídio em mulheres. A taxa de mortalidade por suicídio, no período de 2000 a 2013, foi de 3,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes, o que equivale a uma variação de 34%, sendo mais elevadas entre os homens[8]. Em 2013 houve 10.533 óbitos por suicídio no Brasil, sendo 78,9% destes em homens, com risco de morte por suicídio de quase quatro vezes o observado entre as mulheres[8].

Em 2013, foram registrados mais de um milhão de internações hospitalares por causas externas pagas pelo SUS, sendo a maior parte entre homens (70%) e nas pessoas com idade de 20 a 39 anos (36,2%). A taxa de internação hospitalar por causas externas

foi de 52,6 internações por 10 mil habitantes, sendo maiores em idosos (84 internações por 10 mil habitantes), principalmente devido às quedas[8]. Destaca-se que nas análises de morbimortalidade por causas externas devem ser considerados os recortes de sexo, etário, racial e de escolaridade, para que se revelem as desigualdades. Há segmentos da população que estão mais vulneráveis às situações de violências, a exemplo das pessoas negras, de baixa escolaridade, indígenas, pessoas com deficiência e LGBT.

Violência: Inserção na Agenda do Setor Saúde

A partir das recomendações contidas no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (2002)[2,3], o MS definiu o papel do setor saúde no enfrentamento das violências e dos acidentes nos seguintes eixos[13]: a) vigilância das violências e acidentes; b) prevenção das violências e dos acidentes; c) promoção da saúde; d) cuidado à vítima; e) comunicação social; f) participação e controle social; g) *advocacy;* h) educação permanente em saúde; i) avaliação. Esses eixos têm como referência duas políticas: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001[14] e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), implantada pela Portaria GM/MS nº 687 de 30/03/2006[15].

O MS, a partir do reconhecimento da violência e sua inter-relação com fenômenos sociais relativos às desigualdades sociais, ao desemprego, à pobreza, ao desrespeito aos direitos humanos, às questões de sexo e à impunidade, entre outros, priorizou essa temática na agenda do setor saúde. Após a aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução nº 309, de 08/03/2001, foi publicada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[14] em 2001. Essa política, no período de 2001 a 2002, esteve sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde, quando começou a se estruturar no MS a área de violências e traumas. E instituiu, no âmbito do SUS, o enfrentamento das violências como prioridade na agenda dos gestores da saúde das três esferas de governo. Trouxe a ótica da promoção da saúde, tendo como pontos centrais: integralidade, intersetorialidade, multi e interdisciplinaridade. Tem como princípios básicos:

[...] a saúde enquanto um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida configuram-se como valores éticos da cultura e da saúde; e a promoção da saúde deve estar embasada em todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes[14, p.11].

Apesar disso, à época o foco maior das ações era na assistência às pessoas vítimas de acidentes e violências, tendo sido instituída a Política Nacional de Atenção às Urgên-

cias e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por meio das Portarias MS/GM nº 1.863 e nº 1.864, respectivamente, de 29/09/2003.

Em 2003, essa política foi vinculada à Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT) do Departamento de Análise de Situação em Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, criada pelo Decreto nº 4.726, de 09/06/2003. Com isso, houve foco nas ações de vigilância e prevenção de violências e de promoção da saúde. Posteriormente, o DASIS passou a ser denominado de Departamento de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) em 2012 (Decreto nº 7.797, de 30/08/2012).

Buscando efetivar as ações e dar capilaridade à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[14], foi instituída, em 2004, a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Portaria GM/MS nº 936 de 18/05/2004)[16] em estados e municípios. Os objetivos foram: a) promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas; b) implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intrassetoriais; c) fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas, vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; d) intercambiar as formas de participação da sociedade civil, entre outros. Os núcleos são espaços de governança, de articulação, de mobilização e de implementação das políticas de promoção da cultura de paz e de direitos humanos no âmbito do SUS. A Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde[16] inicialmente foi financiada por convênios. Está implantada em todas as unidades da federação, sendo que no período de 2006 a 2012 foram financiados por meio de portarias ou editais públicos cerca de 1.300 municípios para o desenvolvimento de ações de enfrentamento das violências e dos acidentes. Após 2013, o financiamento dessa rede passou a ser por meio do bloco de vigilância em saúde[18].

Os núcleos articulam a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com as demais redes de proteção social. Núcleos Acadêmicos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde[16] fazem parte da rede e atuam nos eixos ensino, pesquisa e extensão. Entre eles citam-se as parcerias com: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES)/ENSP/FIOCRUZ, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Ciências da Saúde da UNICAMP, entre outros. Como produtos dessas parcerias, destacam-se: capacitações de gestores e profissionais de saúde por meio de curso Educação à Distância (EAD) “Violência

e Saúde" realizado pelo CLAVES, nas modalidades aperfeiçoamento e especialização desde 2009; Mestrado Profissional em "Promoção da Saúde e Prevenção da Violência" da UFMG; EAD do Vida no Trânsito (PVT) e Guia do PVT[22] pela UFG, em 2015; avaliação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde dos municípios do entorno de Brasília e DF pela UNB; implementação da Rede Pernambucana de Promoção da Saúde e Prevenção de Violência pela UFPE, entre outros.

Os núcleos também se articulam com organismos não governamentais, com a sociedade civil e com o setor privado e contribuem para a estruturação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)[19-21], implantada em 2006 em articulação com a Rede de Atenção e de Proteção às Pessoas em Situação de Violências.

Em 2006, com a instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS[15], as ações de enfretamento das violências e dos acidentes tiveram mais um marco legal que as priorizava no âmbito do SUS. Essa política tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos relacionados aos determinantes de saúde – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Entre suas prioridades estão a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Mudanças no cenário nacional e internacional, o perfil epidemiológico e novas prioridades demandaram revisão, em 2013, da PNPS[23]. Entre essas mudanças, destacam-se programas nacionais intersetoriais, como o Bolsa Família e o Plano Juventude VIVA[24,25], e agendas internacionais, como a Conferência de Alto Nível de Doenças Crônicas não Transmissíveis (2011), a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (2011), a Conferência Rio + 20 (2012) e a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde – *Saúde em todas Políticas* (2013)[23]. A revisão ficou sob a coordenação da DANTPS/SVS[24,25], por meio do Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Grupo Temático de Promoção da Saúde da ABRASCO[26] e contou com o envolvimento de gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de Instituições de Ensino Superior e de outros setores.

Em 2014, a nova PNPS foi aprovada pela CIT e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido publicada na Portaria MS/GM nº 2.446, de 11/11/2014[27]. Destaca-se que a nova PNPS mantém o compromisso com a equidade, melhoria das condições e dos modos de viver e com a afirmação do direito à vida e à saúde. Tem como valores: humanização, ética, felicidade, solidariedade, respeito às diversidades, corresponsabilidade, justiça e inclusão social. Entre suas prioridades, citam-se: o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; a promoção da mobilidade segura e sustentável; e a promoção da cultura da paz e de direitos humanos[27].

Marcos Legais

Os principais marcos legais que norteiam as ações de enfrentamento das violências e dos acidentes pelo setor saúde são:

a. Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990)[28]: dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente;

b. Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003)[29]: institui a notificação compulsória de violências contra pessoas idosas;

c. Estatuto do Desarmamento (Lei nº 10.826/2003)[30];

d. Lei nº 10.778/2003[31]: obriga à notificação compulsória de violência contra Mulher pelos serviços de saúde públicos e privados; esta lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004[32];

e. Lei nº 11.340, de 7/8/2006 ("Lei Maria da Penha")[33];

f. Decreto nº 5.948, de 26/10/2006[34]: instituiu a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas;

g. Lei 12.015, de 07/08/2009[35]: dispõe sobre os crimes hediondos e corrupção de menores; define estupro e crimes sexuais contra vulneráveis;

h. Lei nº 12.461, de 26/07/2011[36]: estabelece a notificação compulsória de violência praticada contra pessoas idosas atendidas pelos serviços de saúde;

i. Decreto nº 7.958, de 13/03/2013[37]: estabelece diretrizes ao atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e do SUS;

j. Lei nº 12.845, de 1º/08/2013[38]: dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

k. Lei nº 13.104, de 09/03/2015[39]: inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos;

l. Lei nº 13.010, de 26/06/2014 (Lei "Menino Bernardo")[40]: estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante;

m. Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil da Secretaria de Direitos Humanos (SDH);

n. Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa – SDH;

o. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres[41] e Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência[42] contra a Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM);

p. Plano Juventude VIVA[24,25] da Secretaria Nacional da Juventude (SNJ);

q. Carta de Estratégias em Defesa da Proteção Integral dos Direitos de Crianças e Adolescentes – SDH (2012)[43];

r. Programa Mulher Viva Sem Violência[44];

s. Portaria Interministerial nº 01, de 06/02/2015 (SDH, MJ, MS, SGPR e SPM): institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT);

t. Portaria Interministerial nº 288, de 25/03/2015[45] (SPM, MJ e MS): estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e do SUS, quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios;

u. Código de Trânsito Brasileiro (CTB), de 09/1997[46]: orienta as ações de segurança no trânsito, englobando desde a segurança das pessoas, das vias e dos veículos;

v. Política Nacional do Trânsito (PNT)[47,48], instituída em 2004 e atualizada em 2014, que elege como objetivos prioritários: a preservação da vida, da saúde e do meio ambiente e a educação contínua para o trânsito.

Papel do Setor Saúde no Enfrentamento das Violências e dos Acidentes

A operacionalização dos marcos legais deve estar articulada e integrada nos três níveis de gestão e pactuadas nas comissões de gestão (CIT, CIB, CIR) e de controle social do SUS, com os conselhos de saúde. O papel do setor saúde no enfrentamento das violências e dos acidentes está estruturado nos seguintes eixos[5,13]: a) Vigilância das Violências e Acidentes; b) Prevenção das Violências e dos Acidentes, incluindo Comunicação Social e Educação Permanente em Saúde; c) Promoção de Saúde e Cultura de Paz, incluindo a mobilidade humana, os direitos humanos; Participação e Controle Social; *Advocacy* e Avaliação.

Vigilância das violências e acidentes

O MS estruturou a Vigilância de Violências e Acidentes no SUS[19-21], em articulação com as secretarias de saúde de estados e municípios, com instituições de ensino e pesquisa e outros órgãos governamentais. Tradicionalmente, no Brasil e no mundo, a vigilância epidemiológica das causas externas é realizada por meio da análise dos dados obtidos a partir da Declaração de Óbito (DO) e da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) na rede SUS, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS). Entretan-

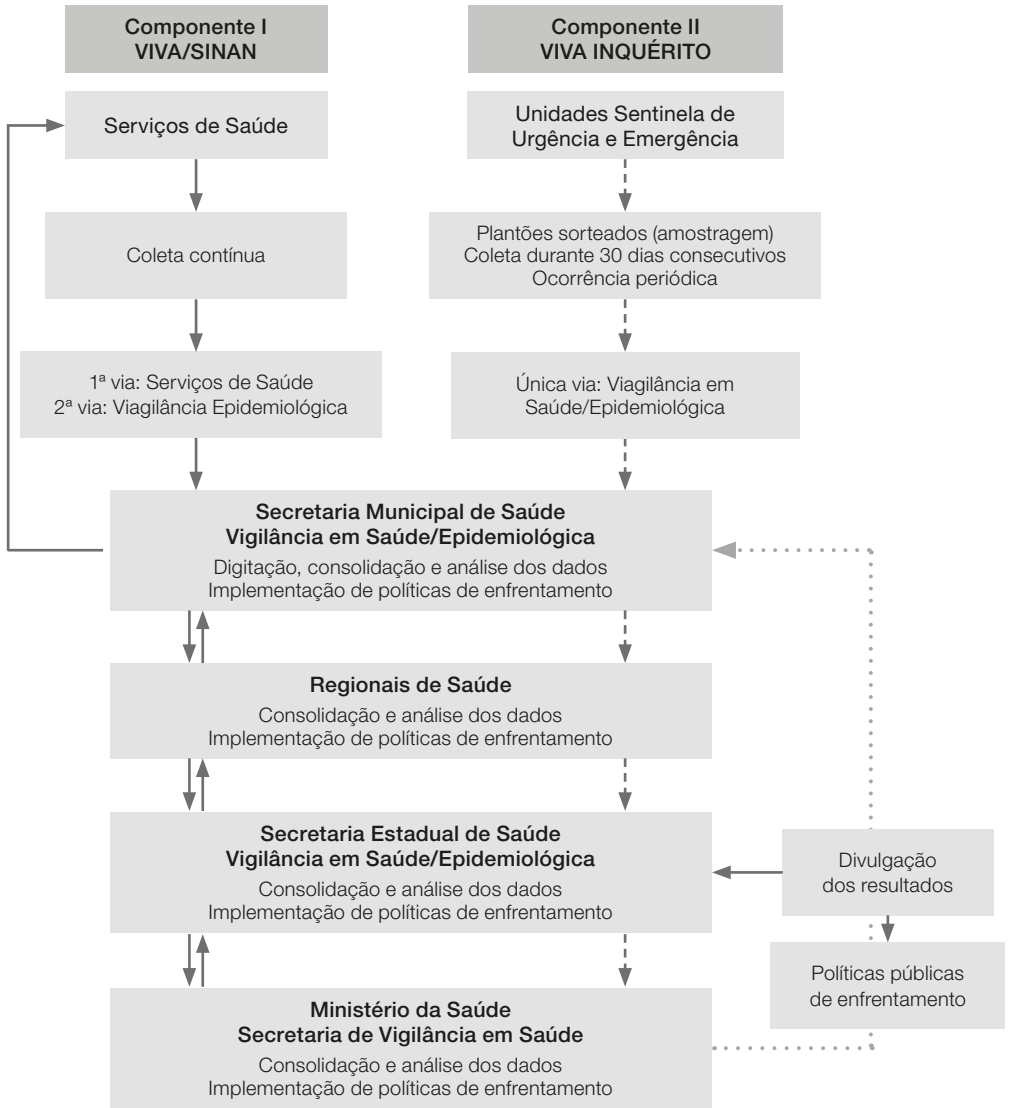
to, esses sistemas possuem limitações ao descreverem somente os casos graves, cujo desfecho foi o óbito ou a internação, além de ter informações somente das vítimas[2-4,45].

Assim, buscando preencher esta lacuna, a CGDANT/DANTPS/SVS implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA[19,20]. Esse sistema tem o objetivo geral de conhecer a magnitude e gravidade desses agravos, por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas para subsidiar as políticas de enfrentamento das causas externas. O VIVA foi lançado em março de 2006, durante o *Seminário Temático de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela*, a partir do *"Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes"*[19-21].

O sistema VIVA revela a violência doméstica e sexual que ainda permanece velada em nossa sociedade, além de captar a violência autoprovocada, como as tentativas de suicídio, entre outras violências, a exemplo do trabalho infantil, da violência psicológica ou moral, da negligência e abandono[4,19-21]. Foi estruturado em dois componentes: a) vigilância sentinela de violências e acidentes em serviços de urgências e emergências hospitalares (VIVA Inquérito); b) vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo)[19-21], que apresentam fluxos da informação distintos de acordo com as especificidades de cada componente (Figura 4.1). A vigilância contínua de violências (VIVA Contínuo) hoje é também chamada de VIVA SINAN, pois as notificações de violências são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Na primeira fase de implantação do VIVA, em 2006, a proposta foi de vigilância sentinela para os dois componentes. Para intervir em determinados problemas de saúde, pode-se lançar mão de sistemas sentinelas de informações capazes de monitorar indicadores-chave na população geral ou em grupos especiais que sirvam de alerta precoce para o sistema de vigilância[6]. O termo "sentinela" pode ser usado em duas situações. A primeira delas é o "evento sentinela", adotado por Rutstein *et al*.[19,20,21,49,50] como um dos métodos para vigilância à saúde, constituindo-se em sistema de alerta, ou seja, evidencia situações indesejáveis e possibilita o monitoramento de serviços e sistema de saúde. A segunda aplicação do termo refere-se aos "serviços sentinela", sendo muito utilizado em alguns países da Europa e com o objetivo de obter informações relativas à incidência e aspectos importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde[6,20,21]. A partir de 2011, com a publicação da Portaria nº 104, de 25/01/2011[51], o componente de vigilância contínua passou a ser de notificação compulsória e universal, permanecendo somente o VIVA Inquérito como vigilância sentinela.

A implantação do VIVA foi feita, inicialmente, por adesão[19,20,21]. Para tanto, o MS publicou a Portaria nº 1.356, de 23/06/2006[52], que instituiu incentivo financeiro para a implantação da vigilância epidemiológica de violências e acidentes.



* Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar ou Ministério Público). Mediante casos de violência contra idosos, encaminhar comunicado sobre o evento nollficado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso), ou de responsabilização (Delegacias Especializadas).

Figura 4.1. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) – Brasil, 2006.
Fonte: SVSIMS.

O VIVA Inquérito teve início com a realização de pesquisas anuais, em que foram coletadas informações, durante um mês, nos hospitais de urgência e emergência selecionados a partir da adesão das secretarias de saúde. Essas pesquisas foram realizas em dois anos, 2006 e 2007. A partir daí, os períodos tornaram-se mais espaçados, a cada três anos. Até o presente momento já foram realizadas cinco edições do VIVA Inquérito: 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014[20,53-55].

A vigilância contínua é realizada por meio da notificação compulsória de violências, um importante instrumento de vigilância, de gestão, de garantia de direitos, de proteção e promoção da saúde. Foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais[52]. Entre eles, destacam-se: Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA)[28]; Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso)[29]; Lei nº 12.461/2011[36]; Lei nº 10.778/2003[31]; e Decreto nº 5.099/2004[32]. O instrumento de notificação é a *"Ficha de Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocada"*, devendo ser preenchida por todos os profissionais de saúde, nas situações de suspeita ou confirmação de violências. Em 2009, essa notificação passou a ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que foi normatizada por meio da Portaria nº 2.472/2010[56] e passou a ser denominada VIVA SINAN.

Os principais atos normativos do MS, quanto à regulamentação das notificações de violências, foram: Portaria nº 1.968/2001 (normatizou a notificação compulsória de violências e maus-tratos contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde); Portaria nº 2.406/2004 (instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher dentro do SUS); Portaria nº 2.472/2010[56] (incluiu na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços sentinela); Portaria nº 104/2011[51] (universalizou a notificação compulsória de violências); Portaria nº 1.271/2014[57] (distinguiu os conceitos de notificação e registro no sistema de informação, como: Notificação Compulsória Imediata – NCI e Notificação Compulsória Semanal – NCS). A NCI deve ser realizada em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência da violência, pelo meio de comunicação mais rápido disponível; e a NCS deve ser realizada em até sete dias a partir do conhecimento da ocorrência da violência.

São objetos de notificação compulsória os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são notificados as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT[58]. A violência sexual e as tentativas de suicídio são de notificação imediata, pois demandam ações de intervenção rápida, buscando prevenir as consequências da violência sofrida (prevenção de hepatite, DST/AIDS, gravidez indesejada e novas tentativas de suicídio); os demais casos de violências interpessoais são de notificação semanal[57].

Em outubro de 2014, foi liberada a versão do SINAN 5.0 com inclusão dos campos: nome social; orientação sexual; identidade de sexo; motivação da violência e ciclo de vida do provável autor da violência. Em julho de 2015 foi liberada a versão SINAN 5.1, que inclui novas unidades notificadoras da violência (Unidade de Saúde, de Assistência Social, de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Outros).

Além das análises a partir do SIM, SIH e VIVA, o MS investiu em outras pesquisas, objetivando também conhecer os fatores de risco e de proteção das violências e acidentes, por meio de parcerias com algumas instituições, como FIOCRUZ, IBGE e instituições acadêmicas, como USP e UNICAMP. Destacam-se: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PENSE), realizada nos anos de 2009, 2012, 2015; Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013; Vigilância de Fatores de Risco de Doenças e Agravos não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada anualmente desde 2006[61]. Todas essas pesquisas e outras análises sobre morbimortalidade por violências e acidentes são divulgadas por meio de publicações do MS, a exemplo do Saúde Brasil[8,12], boletins epidemiológicos, artigos científicos, divulgação na imprensa.

Prevenção das violências e dos acidentes

As ações de prevenção das violências e acidentes são articuladas e implementadas pelos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde[16] de estados e municípios em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[14] e a PNPS[15]. Buscam promover comportamentos seguros e saudáveis que atuem sobre os fatores de risco e fatores de proteção. Entre as estratégias utilizadas para o desenvolvimento das ações de prevenção, citam-se: campanhas de comunicação social e educação permanente em saúde.

Para prevenir as lesões e mortes provocadas pelo trânsito, deve-se: evitar o excesso de velocidade; dirigir de maneira defensiva; atravessar na faixa de pedestre; não ingerir bebida alcoólica e dirigir; não falar ao celular enquanto dirige; usar sempre os equipamentos de proteção individual (cinto de segurança, capacete, dispositivo de contenção de crianças). Para prevenir as violências interpessoais é importante não portar as armas de fogo; evitar o uso abusivo de bebidas alcoólicas; e evitar o uso de drogas.

Porém, a maior efetividade no enfretamento das violências e acidentes está na implementação de ações de promoção da saúde que intervenham nos determinantes e condicionantes das mesmas e de ações que promovam uma cultura de paz.

Promoção da saúde e da cultura de paz

O enfrentamento das violências e dos acidentes exige que se intervenha nos seus determinantes e condicionantes das mesmas. É fundamental a formulação de políticas

públicas que garantam acesso e qualidade à educação, à saúde, à moradia, à geração de renda e emprego, à segurança pública, ao esporte, ao lazer, entre outras, que reduzam desigualdades e promovam inclusão social, direitos humanos e cidadania. Essas políticas devem ser intersetoriais, multi e interdisciplinares e com participação e controle social. Devem promover o empoderamento das pessoas e coletividades e induzir à formação das redes nos territórios. Tudo isso demanda a articulação do setor com outros setores, como: segurança pública, educação, assistência social, cultura, esporte, lazer, defesa de direitos, infraestrutura e segurança urbana, setores da sociedade civil e setor privado, entre outros. Os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde[16] são responsáveis por essa articulação.

Ao intervir sobre um dos fatores de risco, por exemplo, o uso abusivo de álcool e uso de outras drogas, busca-se trabalhar com a corresponsabilização e autonomia da população. Devem-se implementar ações educativas, associadas a ações legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais[27]. Entre as medidas legislativas destaca-se o aumento no controle e fiscalização da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos[59].

Em relação às ações de redução das lesões e mortes no trânsito, o objetivo é promover ambientes e entornos seguros, saudáveis e sustentáveis pautados na mobilidade humana e na qualidade de vida. Deve-se realizar planejamento integrado e participativo com definição de parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor. Isso pressupõe a articulação intra e intersetorialmente nos territórios, com envolvimento da saúde, educação, trânsito e transporte, fiscalização, segurança pública, educação, entre outros setores governamentais, sociedade civil e setor privado. Uma das prioridades é investir em políticas de transporte coletivo e público, invertendo-se o modelo atual centrado no transporte individual.

Entre as iniciativas ressalta-se o "Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito: Mobilizando a sociedade"[60] (2002) implantado em cinco cidades (Goiânia, Curitiba, Belo Horizonte, Recife e Rio de Janeiro). Em 2010, foi implantado o Projeto Vida no Trânsito – PVT[22,61-65], após uma iniciativa internacional coordenada pela OMS e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em parceria com outras instituições internacionais. O PVT foi implantado como piloto em cinco municípios (Belo Horizonte, Curitiba, Teresina, Palmas, Campo Grande) e, posteriormente, incorporou o projeto anterior, sendo denominado de "Programa Vida no Trânsito – PVT"[22]. Após dois anos de sua implantação foi avaliado pela Universidade John Hopkins numa parceria com a UFRGS, UFMG e PUC/PR, o que demonstrou resultados positivos em relação às ações implementadas nesses municípios[63,64]. Por ser uma experiência exitosa, foi expandido, em 2011, para todas as capitais, estados e Distrito Federal por meio da Portaria MS nº 3.023, de 12/2011; em 2012 expandiu-se também para as cidades com população acima de 1 milhão de habitantes (Portaria MS nº 1.934, de 10/09/2012).

O Projeto Vida no Trânsito[22] trouxe para a agenda do SUS uma grande prioridade: estabilizar e reduzir as mortes no trânsito em conformidade com a meta definida na *"Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011 – 2020"*[68], instituída pela Resolução A/RES/64/255[66] da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2010, e lançada pela OMS em maio de 2011 em mais de 110 países. O objetivo é salvar milhões de vidas por meio de medidas como melhorar a gestão do trânsito, a segurança das vias e dos veículos, o comportamento dos usuários das vias e também os serviços de emergência. Para o monitoramento da *"Década de Ação para a Segurança no Trânsito",* a OMS lançou o *"Relatório Global sobre o Estado da Segurança Viária 2015"*[67], que trouxe informações de 180 países, incluindo o Brasil. Esses temas foram fortalecidos na "*Declaração de Brasília*" (2015)[68-70], que foi aprovada, em 2015, na *"Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito"*[68-70] e se tornou um marco importante em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O enfrentamento da violência no trânsito tem que avançar também na produção do cuidado, na realização de ações educativas, na implementação de medidas legislativas, de medidas econômicas, como redução de impostos sobre capacetes e dispositivos de contenção de crianças, além de promover medidas ambientais, culturais e sociais que garantam o trânsito seguro. Essas medidas regulatórias têm grande efetividade no enfrentamento das lesões e mortes no trânsito, a exemplo das leis que restringiram o consumo de bebidas alcoólicas para condutores de veículos automotores no Brasil: Lei nº 11.705, de 19/06/2008 ("Lei Seca") e Lei nº 12.760, de 20/12/2012 ("Nova Lei Seca").

Quanto à promoção da cultura da paz e de direitos humanos, adotam-se os valores do "Manifesto 2000 – Por uma Cultura de Paz e não Violência" (UNESCO): justiça, solidariedade, liberdade, generosidade. Esse documento, divulgado pela UNESCO, afirma a necessidade de respeitar a vida e a dignidade de cada pessoa, sem discriminação ou preconceito; a importância de praticar a não violência ativa, rejeitando a violência sob todas as suas formas: física, sexual, psicológica, econômica e social, em particular contra os grupos mais desprovidos e vulneráveis; o fim da exclusão, da injustiça e da opressão política e econômica; é fundamental a defesa da liberdade de expressão e a diversidade cultural. As ações devem ser implementadas seguindo-se os princípios da solidariedade e respeito à vida; devem fortalecer vínculos; estimular a convivência e o diálogo; promover a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de sexo, de orientação sexual e identidade de sexo, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais. Devem-se garantir os direitos e a liberdade, articulando essas ações com a RAS e demais instituições das redes de proteção social.

Destaca-se o "Plano Regional e Plano Global de Ações do Setor Saúde para o enfretamento da violência interpessoal, particularmente contra mulheres, crianças e adolescentes",

coordenados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), que foi aprovado na Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, 2016.

A atenção às pessoas em situação de violências deve seguir os princípios da integralidade e humanização. Tem como referências as políticas nacionais da Atenção Básica, de Atenção às Urgências e Emergências, de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, de Atenção à Saúde da População Negra, de Atenção à População LGBT, de Atenção à População do Campo, da Floresta e das Águas, de Humanização, entre outras. O cuidado às pessoas em situação de violências deve ser transversal, articulado e integrado com a Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem, da Mulher, do Homem, do Trabalhador(a), da Pessoa Idosa, da Pessoa com Deficiência, da Pessoa no Sistema Prisional, Saúde Mental, Saúde Bucal, DST/AIDS, Programa Saúde na Escola (Decreto nº 6.286/2007) e outras. Destacam-se alguns documentos orientadores do cuidado: Linha de Cuidados para Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, Norma Técnica para Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual, entre outros.

Considerações Finais

Ainda há muitos desafios a superar no enfrentamento das violências e dos acidentes, como o *advocacy,* que tem que ser feito diariamente para que se insira esta temática nas agendas dos gestores de saúde do SUS. Muitos resultados positivos têm sido alcançados, o que demonstra que é possível prevenir as violências. Há evidências científicas e experiências bem-sucedidas no Brasil e no mundo que precisam ser divulgadas. No Brasil, citam-se duas grandes medidas exitosas que impactaram na redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e por violências e que salvaram vidas: a instituição do Código de Trânsito Brasileiro (1997)[46] e do Estatuto do Desarmamento (2003)[30], respectivamente.

Citam-se duas conferências internacionais que ocorreram no Brasil e que reiteram a importância da promoção da saúde como eixo norteador no enfrentamento das violências e acidentes, da promoção da cultura de paz e direitos humanos: a *"Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito"*[68-70] (2015) e a *"22ª Conferência Global de Promoção da Saúde da UIPES"*, que ocorreu em Curitiba (maio/2016) e que teve como um de seus legados a "Carta de Curitiba"[71], que reafirma a necessidade de intervir nos determinantes socioambientais para a promoção da saúde, com foco na equidade. Por fim, faz-se necessário que as ações de enfrentamento das causas externas e de promoção da saúde e da cultura de paz sejam implantadas à luz de evidências científicas. Há que se persistir e ter prioridade política, financiamento contínuo, participação e controle social na gestão do SUS e de outros setores, para que os programas, projetos e ações de enfrentamento das violências e dos acidentes

tenham sustentabilidade e se garanta o preconizado na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990), o direito à vida, à saúde e à paz!

Referências

1. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª Revisão (CID-10). [Acesso em 01/10/2016]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm
2. OMS. Organización Mundial de laSalud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Geneva, 2002. Tradução: Organización Panamericana de La Salud. Washington, D.C.: 2003. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/ 10665/112670/1/92753 15884_ spa.pdf?ua=1
3. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014 (versão em português). Tradução: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.nevusp.org/ portugues/images/1579%20vip%20main%20 report% 20pt%20br%2026%2010%202015.pdf
4. Silva MMA, Paiva EA, Morais Neto OL, Mascarenhas MDM. Violência como um problema de saúde pública. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M (Orgs.). Epidemiologia & Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013; 297-319.
5. Silva MMA, Magalhães ML, Malta DC. O papel do setor saúde na redução da morbimortalidade por violências e acidentes e a promoção da saúde e cultura de paz. In: Westphal MF, Bydlowski CR (Orgs.). *Violência & juventude*. São Paulo: Hucitec; 2010; 126-148. Saúde em Debate 205.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7.ed. Brasília/DF; 2009. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/ publicacoes/ guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf
7. WHO. World Health Organization. *World report on road traffic injury prevention*: summary. Geneva: World Health Organization; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Resumo executivo saúde Brasil 2014*: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília/DF; 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/saude_brasil_resumo_executivo_2014.pdf
9. WHO. World Health Organization. *World report on road traffic injury prevention*: summary. Geneva: World Health Organization; 2009.
10. WHO. World Health Organization. *Global status report on road safety 2013*: supporting a decade of action. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_ prevention/ road_safety_status/2013/en/
11. WHO. World Health Organization. *Global status report on road safety 2015*. Switzerland. World Health Organization, Geneva: WHO; 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Resumo executivo saúde Brasil 2015*: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2016 (no prelo).
13. Silva MMA, Malta DC. Promovendo uma cultura de paz e prevenindo as violências e acidentes. In: Melo EM (Org.). *Podemos prevenir a violência.* Teorias e práticas. Brasília/DF: Organização Panamericana de Saúde/OPAS e Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG; 2010; 81-93. Série Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Portaria MS/GM n.º 737* de 16/05/2001, publicada no DOU n.º 96, Seção 1E de 18/05/2001. 2.ed. Brasília; 2005. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Portaria n° 687 MS/GM,* de 30/03/2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n.º 936*, de 19 de maio de 2004. Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/saudelegis/ gm/2004/ prt0936_19_05_2004.html
17. Silva MMA, Malta DC, Morais Neto OL, Rodrigues EM, Gawryszewski VP, Matos S et al. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências aprovada no I Seminário Nacional de DANT e Promoção da Saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2007; 16:57-64.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria 1.378*, de 09/07/2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília; 2013.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto Vigilância de Violências e Acidentes* – VIVA/Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes. Brasília: MS; 2006. (Mimeo).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva*: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. Brasília; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude. gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf
21. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia de vigilância de violências e acidentes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(Supl):1269-78.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás. *Guia vida no trânsito* (versão preliminar). Brasília/DF; 2015.
23. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016; Jun [Acesso em 28 set 2016]; 21(6): 1683-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt http://dx.doi.org /10.1590/1413-81232015216.07572016
24. Brasil. Secretaria Nacional da Juventude (SNJ) da Secretaria de Governo da Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). *Plano juventude viva*. Disponível em: http://juventude.gov.br/juventudeviva/o-plano
25. Brasil. Secretaria de Governo da Presidência da República. Secretaria Nacional da Juventude. *Plano juventude viva*: Guia de implementação. Brasília; 2014. Disponível em: http://juventude.gov.br/articles/ participatorio/ 0009/4790/Guia_Plano_JuvViva_Final.pdf
26. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VP, Rezende R, Nogueira JD, Sá RF. Processo de revisão da política nacional de promoção da saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19 (11) 4313-22
27. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Portaria MS/GM n.º 2.446*, de 11/11/2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

28. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 8.069,* de 13/07/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
29. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 10.741,* de 01/10/2003. Estatuto do Idoso. Brasília/DF; 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
30. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Estatuto do Desarmamento. *Lei nº 10.826,* de 22/12/2003. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – Sinarm, define crimes e dá outras providências. Brasília/DF; 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.826.htm
31. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 10.778*, de 24/11/2003. Estabelece a notificação compulsória de violência contra mulher em serviços de saúde. Brasília/DF; 2003. Disponível em: http://www.planalto. gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm
32. Brasil. *Decreto-Lei nº 5.099* de 03/06/2004. Regulamenta a Lei nº 10.778/03. Brasília/DF; 2004.
33. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 11.340*, de 07/08/2006. Lei Maria da Penha. Brasília/DF; 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
34. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto nº 5.948*, de 26/10/2006. Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. Brasília/DF; 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5948.htm
35. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei 12.015,* de 07/08/2009. Dispõe sobre os crimes hediondos e corrupção de menores; define estupro e crimes sexuais contra vulneráveis. Brasília/DF; 2009.
36. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 12.461*, de 26/07/2011. Estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra pessoas idosas atendidas pelos serviços de saúde. Brasília/DF; 2011.
37. Brasil. *Decreto nº 7.958,* de 13/03/2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS. Brasília/DF; 2013.
38. Brasil. *Lei nº 12.845,* de 01/08/2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília/DF; 2013.
39. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 13.104,* de 09/03/2015. Prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília/DF; 2015.
40. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 13.010,* de 26/06/2014 ("Lei Menino Bernardo"). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm
41. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres.* Brasília/DF; 2013. Disponível em: file:///C:/Users/m221511/Downloads/PNPM_2013_2015.pdf
42. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher.* Brasília/DF; 2011. Disponível em: http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional
43. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. *Carta de constituição de estratégias em defesa da proteção integral dos direitos da criança e do adolescente*. Brasília/DF; 2012. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br /intranet. arq/cms/grupopaginas/97/959/Carta_de_Constituicao_de_Estrategias.pdf

44. Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Programa mulher, viver sem violência*. Casa da Mulher Brasileira. Diretrizes Gerais e Protocolos de Atendimento. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/diretrizes-gerais-e-protocolo-de-atendimento-cmb.pdfBrasília/DF, 2014.
45. Brasil. *Portaria Interministerial nº 288,* de 25/03/2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS. Brasília/DF; 2015.
46. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 9.503*, de 23/09/1997. Estabelece o Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Brasília/DF; 1997. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/publicacoes/download/ctb.pdf
47. Brasil. Conselho Nacional de Trânsito – CONTRAN. Departamento Nacional de Trânsito. *Resolução nº 166*, de 15 de setembro de 2004. Aprova as diretrizes da política nacional de trânsito. Brasília/DF; 2004. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/index.php/resolucoes
48. Brasil. Conselho Nacional de Trânsito – CONTRAN. Departamento Nacional de Trânsito. *Resolução nº 514,* de 18 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a política nacional de trânsito, seus fins e aplicação. Brasília/DF; 2014. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/ Resolucao5142014.pdf
49. WHO. World Health Organization. *Injury surveillance guidelines*. Geneva: WHO; 2001.
50. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *The New England Journal of Medicine*. 1976; 294:582-588.
51. Brasil. *Portaria nº 104*, de 25/01/2011. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
52. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 1.356*, de 23/06/2006. Repassa recursos financeiros para as secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Brasília/DF; 2006.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva*: Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva*: Vigilância de Violências e Acidentes, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2009_2011_versao_eletronica.pdf
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva*: Vigilância de Violências e Acidentes, 2011 e 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/ pdf/2016/junho/14/viva-2011-2012-2jun16-isbn-finalissimo.pdf
56. Brasil. *Portaria nº 2.472,* de 31/08/2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. Brasília/DF; 2010.
57. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.271* de 06/06/2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília; 2014.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva*: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília; 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
59. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 13.106*, de 17/03/2015. Torna crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente. Brasília; 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm
60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito:* Mobilizando a sociedade e promovendo a saúde. 2.ed. revista. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília; 2002. Disponível em: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_reducao_acidentes.pdf
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Projeto vida no trânsito.* Brasília/ DF; 2010 (mimeo).
62. Silva MMA, Morais Neto OL, Lima CM, Malta DCM, Silva JR JB. Projeto vida no trânsito – 2010 a 2012: uma contribuição para a década de ações para a segurança no trânsito 2011-2020 no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013 jul-set;.. 22(3):531-6. Disponível em: http://scielo.iec. pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a19.pdf
63. Morais Neto OL, Silva MMA,Lima CM, Malta DCM, Silva JR JB. Projeto vida no trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. *Epidemiol Serv Saude.* 2013; (3)373-82. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a02.pdf
64. Silva JR JB, Malta DC. Avaliação de políticas e ações voltadas à prevenção de acidentes de trânsito e violências no Brasil (Editorial). *Epidemiol Serv Saúde.* 2013 jul-set; 22(3):371-2, Disponível em: http://scielo.iec. pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a01.pdf
65. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde - OPAS/OMS. Oficina "*Plano de ação de prevenção de lesões e mortes no trânsito e seguridade viária 2011-2020*". Brasília; 08 e 10 de novembro de 2010. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content& view=article&id=1642:plano-acao-prevencao-lesoes-mortes-no-transito-apresentado-discutido-brasilia&Itemid=839
66. ONU/OMS. Organização das Nações Unidas. Organização Mundial de Saúde. Resolução *A/ RES/64/255*. Década de ação para a segurança no trânsito 2011-2020. Genebra; 2010.
67. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Relatório global sobre o estado da segurança viária 2015*. Genebra; 2015.
68. Brasil. Ministério da Saúde. *Segunda conferência global de alto nível sobre segurança no trânsito.* Brasília; 18 e 19 novembro 2015. Disponível em: http://www.roadsafetybrazil.com.br/
69. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Brasília sobre segurança no trânsito*. Brasília; 18 e 19 novembro 2015. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/brasilia_declaration_Portuguese/es/
70. Nardi ACF, Malta DC, Duarte E, Garcia LP. Segurança no trânsito: tempo de resultados. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 out-dez; 24(4):593-4. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00593.pdf
71. ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Carta de Curitiba sobre promoção da saúde e equidade.* Curitiba/PR; maio de 2016. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/08/Carta-de-Curitiba-Portug%C3%AAs.pdf.

SEÇÃO II

ANÁLISE DE PROPOSTAS E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE, SEGUNDO SEUS PRINCÍPIOS, ENFOQUES E ESTRATÉGIAS DE EFETIVAÇÃO

Capítulo 5

PARTICIPAÇÃO POPULAR E O APRIMORAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM BELO HORIZONTE

Maria de Fátima Abreu
Elza Machado de Melo
Andréa Maria Silveira

Introdução

Este texto tem como temática a promoção da cidadania e a participação social na gestão pública e o pressuposto de que a participação social tem um grande potencial de aprimorar as políticas públicas e, dessa forma, afetar positivamente os determinantes sociais e ambientais da saúde. Sua reflexão se dedica à história recente do município de Belo Horizonte-MG.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2006, reconhece a participação social como um dos fatores de promoção da saúde:

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção [...] na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas[1].

Para a OMS, produzir saúde remete a uma questão política mais ampla e engloba o engajamento significativo do público e da sociedade civil no desenvolvimento, implemen-

tação e monitoramento da saúde em todas as políticas [2]. A relação da saúde com a boa formulação e execução de todas as políticas públicas já havia sido destacada pela OMS:

As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do individuo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. Estamos convencidos de que as intervenções sobre esses determinantes — para os grupos vulneráveis e a população como um todo — são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis[3].

Melo[4], coerente com esse entendimento, afirma que "[…] saúde como direito só é possível se for um produto da autonomia de todos os envolvidos, exigindo, portanto, o estabelecimento de uma relação indissociável com a democracia". No processo de redemocratização do Brasil, no final da década de 1970 e início da década de 1980, vários setores da sociedade pressionaram o Estado, buscando efetivar sua participação nos espaços de decisão política. Foi uma imensa mobilização social determinante para que a Constituição Federal de 1988, também denominada "Constituição Cidadã", incorporasse uma orientação marcada pelos direitos humanos e de cidadania, incluindo a participação social na gestão pública e criando mecanismos que possibilitam o exercício da democracia participativa[5].

É marcante, nesse período, a luta pela descentralização do sistema de saúde, pela constituição de um sistema de saúde inclusivo e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde tinha como tema "democracia é saúde" e constituiu-se em fórum dessa luta. Assim, na base do processo de criação do SUS encontra-se, além do conceito ampliado de saúde, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde[6].

A participação política no Brasil tem crescido desde então, com significativo aumento de canais de diálogo nos últimos anos. No entanto, ainda há problemas na implementação e transformação das diferentes formas de participação em espaços de efetivo desenvolvimento de cidadania ou cultura política[7]. Para Pires[8] há grande heterogeneidade entre as formas de participação e descoordenação entre os variados processos participativos.

No que diz respeito à participação no planejamento urbano, Fedozzi[9] analisa a sua relação com os orçamentos participativos (OPs) no Brasil e seus impactos na redução das desigualdades. E considera que os OPs têm o potencial de promover a equidade social no acesso à cidade e à cidadania. Mas ele observa que, para isso, nos tempos

da hegemonia do "empresariamento urbano"[10], o projeto precisa ter influência sobre as decisões estruturais que configuram os "projetos de cidade" em disputa. Para esse autor, a criação dos OPs, ao incorporar novas forças políticas oriundas de movimentos contra a espoliação urbana, gerou tensões e rupturas com o modelo de planejamento urbano "técnico-burocrático, centralizador e autoritário" então vigente. Por outro lado, os OPs não dão conta do conjunto do planejamento urbano, pelo seu caráter imediato e de curto prazo. Ressalva, entretanto, que as demandas endereçadas aos OPs, apesar de pontuais, representam direitos à cidade negados pela espoliação urbana[9].

Idealmente, deveria haver integração entre os OPs e as demais instituições participativas com os processos de planejamento urbano, ambiental e territorial. Mas Fedozzi [9] também considera que essa integração inexiste, da mesma forma que também não acontecem interações entre as diferentes instâncias participativas, reforçando a fragmentação existente na gestão das políticas públicas no Brasil.

A Participação nos Processos de Planejamento

Pires *et al*.[11] observam que os processos de planejamento e participação social têm tido mais desencontros do que integração na experiência brasileira recente. Esses autores argumentam que, nos anos 1990, enquanto emergiam novos e variados mecanismos de participação e inclusão de atores sociais na produção de políticas públicas, sucumbia a atividade planejadora do Estado. Assim, os espaços institucionalizados de participação se voltaram mais para o controle social da gestão pública do que para a construção de visões compartilhadas de futuro. Dessa forma, os conselhos e outros mecanismos de participação social acumularam pouca experiência em processos de concertação, negociação e direcionamento estratégico das políticas governamentais.

Cardoso pondera que o modelo de planejamento, a partir da Constituição Federal de 1988, foi ancorado nos Planos Plurianuais (PPAs) de quatro anos e a função planejamento no Brasil, ao longo das duas últimas décadas do século XX, "foi sendo esvaziada de conteúdo político-estratégico e robustecida de ingredientes técnico-operacionais e de controle e comando físico-financeiros"[12]. Na última década houve uma retomada da atividade planejadora para o desenvolvimento. Gimenez e Cardoso[13] constatam que tem havido tentativa do planejamento setorial de romper com a precedência e a primazia do orçamento sobre o planejamento em sentido mais amplo e mais forte.

Na área de política urbana, com a aprovação, em 2001, do Estatuto da Cidade, foi regulamentado o capítulo da Constituição específico para este tema, com ênfase na inclusão territorial e na diminuição das desigualdades socioespaciais. Para Cymbalista,[14] a partir do Estatuto da Cidade, o plano diretor teria que deixar de ser um instrumento burocrático e tecnocrático, passando a ser fruto de um processo participativo, uma peça

política, democraticamente construída com a participação dos segmentos sociais. Em estudo que avalia os planos diretores pós-Estatuto das Cidades, Santos Júnior e Montandon[15] salientam que foram promovidos processos participativos na elaboração e na revisão dos Planos Diretores, mas esses processos não resultaram, necessariamente, em planos que expressem a construção de um pacto social para o desenvolvimento urbano. Santos[16] entende que um "grave problema parece ter permeado o processo de elaboração dos planos: a manutenção da cisão entre uma visão técnica da cidade e uma visão comunitária/popular". Entre algumas pistas para que se entendam os fracos resultados obtidos, Santos inclui o poder dos grupos privados sobre a produção e a apropriação da cidade, que não se altera somente com um chamamento à participação de todos os segmentos sociais. Assim, Santos Júnior e Montandon consideram que a prática do planejamento urbano nos municípios brasileiros "ainda requer uma mudança de cultura que supere o pragmatismo, o imediatismo e as práticas tecnocráticas na gestão urbana"[15].

Ainda em relação à participação social nos processos de planejamento, Toni[17] defende que o planejamento no setor público tem "a marca genética da exclusão, da não participação e da ausência absoluta de controle social sobre seus meios e fins". E que o planejamento no Brasil é "reduto inatingível aos grupos organizados ou aos simples cidadãos".

Cabe observar que a palavra participação, que *a priori* não deveria abarcar qualquer juízo de valor, está "normalmente associada a objetivos morais e desejáveis e, como tal, recebe uma conotação positiva. Raramente vem à mente que o ato de participar pode se aplicar a fins malignos ou maliciosos". Já Hevia e Isunza[19], analisando o contexto de ampliação das interfaces Estado-sociedade no México, enfatizam que os espaços de interação entre sociedade-civil e o Estado "funcionam principalmente como meios para legitimar a ação dos governantes e não como contrapartida efetiva ao poder governamental através de mecanismos autênticos de participação corresponsável". O que ocorre, para esses autores, é a concretização de uma "participação decorativa" e não deliberativa e efetiva. Nessa linha, Toni[17] acrescenta que a crescente diversificação de formas participativas nem sempre repercute no sentido político ou politizante. Por sua vez, Nogueira[20] alerta para o risco de a participação ser "administrada" ou tutelada pelos governos, que impedem o acesso da sociedade civil às questões centrais do poder, em nome da "complexidade técnica", talvez pelo temor da perda das prerrogativas de mando e poder.

A partir desses argumentos, Mouffe[21] sugere que a luta pela conquista de direitos e melhorias não deve seguir as vias institucionais. No entanto, negar a possibilidade de buscar o exercício do poder de decisão nos espaços institucionalizados pode negligenciar uma real oportunidade de fazer emergir outras legitimidades.

Demo[22, p.24] reforça essa concepção:

Muitas vezes se levanta a objeção clássica de que o Estado não pode propor a participação, porque neste caso já seria por definição ou cooptada ou inócua.

Esta objeção é importante e reconhece-se a tendência imensa que tem a Política Social do Estado de ser assistencialista, provocando no assistido um traço forte de dependência à manipulação. Mas isto não precisa ser assim (grifo nosso).

Pires *et al*.[11] acreditam que houve avanços na última década no que diz respeito à aproximação entre formas de participação social no processo de elaboração dos PPAs (Planos Plurianuais), mas eles avaliam que há ainda significativas limitações na condução e na efetividade dos arranjos de planejamentos participativos instituídos. Assim, eles concluem que o estudo das novas experiências de planejamento participativo é importante para gerar acúmulo e aprendizado sobre erros e acertos, de forma a contribuir para o aprimoramento da atuação estatal.

Mujica[23] destaca que a participação desenvolve habilidades dos indivíduos e os obriga a expressar publicamente suas preferências privadas. E que essas são ideias básicas de Habermas e constituem o coração do argumento da democracia participativa. Para tanto, requerem-se consensos sobre certas bases mínimas de igualdade e de respeito de todos os integrantes concebidos em uma visão pluralista.

Em relação às bases mínimas de igualdade como condição para a democracia participativa, Costa[24] problematiza os limites da participação política em comunidades de alta vulnerabilidade social, a partir do conceito de subcidadania, cunhado por Jessé de Souza[25]. Costa considera que, para as pessoas em condições de alta vulnerabilidade social, é impossível participar da vida política de uma sociedade, do modo como ela é posta e proposta. Ele observa ainda que a situação de subcidadania à qual essas pessoas estão submetidas:

[...] vai muito além da ausência ou da incapacidade de usufruto de determinados direitos em uma sociedade, mas implica a incapacidade de que esses indivíduos se reconheçam a si mesmos, perante as instituições básicas da modernidade, como sujeitos de direito[24, p.124].

Em estudo de comunidade em condições de alta vulnerabilidade social, Costa[24] detectou, na relação das pessoas da comunidade com técnicos municipais, total incapacidade de comunicação de parte a parte, simplesmente porque a forma como cada uma raciocinava era diferente. Nesse "não diálogo", a racionalidade imposta era a dos técnicos. Para esse autor, a desigualdade gritante de condições de vida não pode ser solucionada com tentativas de "inclusão" dos mais vulneráveis no quadro institucional existente, mas parece tratar-se, antes, de uma necessidade de mudar as próprias instituições para possibilitar a participação das pessoas em condição de subcidadania. Para esse autor, a superação autônoma e não tutelada na condição de pobreza extrema em meios urbanos deve se dar a partir das mudanças nas condições políticas de vida nesses mesmos espaços.

Para Demo[22], há necessidade de se incluir, nos processos participativos que envolvam comunidades em situação de alta vulnerabilidade, o caráter educativo, pedagógico que propicie "elementos que despertem e acionem o potencial associativo, cooperativo e solidário da população pobre, como oportunidade de trazer à percepção as condições reais de vida e seus problemas". Esse autor complementa que, nessas condições, o processo educativo torna-se um instrumento de gestação da cultura participativa e comunitária. De modo semelhante, para Cascão Inácio[26] a mobilização social é o ato de movimentar, de estabelecer a "passagem de um estado de espírito para outro, de um nível de consciência para outro, de um tipo de comportamento para outro." Para que haja mobilização social eficaz e processual, quatro componentes fundamentais devem estar presentes: comunicação, educação, cultura e organização.

Sem linguagem sedutora não há mobilização, sem formação de consciência crítica a mobilização não se enraíza, sem tocar o coração das pessoas não há encantamento pela causa, sem grupos organizados a mobilização não se sustenta. […] É na alquimia desses quatro campos do conhecimento que se produz uma combustão vigorosa, à luz de uma análise de conjuntura social e tonificada pelas particularidades de cada território e pelas virtuoses de cada agrupamento histórico[26, p.8].

É evidente, nos processos de mobilização social, a importância de se recorrer às diversas linguagens da comunicação. Por sua vez, a educação para a participação tem o desafio de aliar o saber técnico/científico ao saber cotidiano/popular. "Se, depois de uma mobilização, as pessoas ficam do mesmo jeito que entraram, com o mesmo nível de consciência e compreensão, essa mobilização social está devendo […] A mobilização social politiza!".

Cascão toma como referência os ensinamentos de Paulo Freire[27] sobre a prudência da educação popular, que demanda a devida consideração da dimensão cultural: os técnicos devem respeitar a comunidade e sua cultura, o indivíduo e a sua história. A concepção freiriana de atuação social induz, assim, a uma leitura e imersão no contexto cultural como condição para ocorrer um processo emancipatório. Também se insere, no escopo da mobilização social, o fortalecimento das organizações da sociedade. Em contexto de mais vulnerabilidade, deve-se atuar no estímulo e apoio à organização comunitária. Nessas condições, em que as pessoas despendem toda sua energia para sobreviver por um triz, a capacidade organizativa é também muito limitada.

Para Cascão[26], a mobilização social é, portanto, o motor da participação social. Para ele, "a relação entre a mobilização social e a participação social é uma relação visceral: uma é meio, outra é fim". E as vivências participativas oriundas de processos de mobilização social dessa natureza provocam mudanças subjetivas, transformações pessoais de fundo, que colaboram para que a população seja mais crítica, mais consciente e organizada.

A Participação Popular nas Políticas Públicas em Belo Horizonte

Belo Horizonte tem se destacado no cenário nacional pela sua gestão municipal participativa nos últimos 20 anos, principalmente pelo orçamento participativo (OP) e pela atuação dos conselhos de políticas públicas.

Inaugurada em 1897, traz a marca do planejamento desde sua origem. Uma das primeiras cidades brasileiras planejadas, projetada para ser a capital de Minas Gerais, foi "traçada com régua e esquadro como um tabuleiro de xadrez por sobre as montanhas mineiras"[28]. Planejada para 200 mil habitantes, em pouco mais de um século de história Belo Horizonte se tornou uma das principais capitais do país e chegou ao século XXI com 2,38 milhões de habitantes[29]. Inserida em uma região metropolitana que engloba cinco milhões de habitantes, possui grandes atrativos e oportunidades, mas também demanda urbana e social crescente e complexa, com imensos problemas e desafios característicos das metrópoles brasileiras.

O projeto urbano de Belo Horizonte, inspirado no modelo das mais modernas cidades do mundo, como Paris e Washington, desde o início apresentava caráter altamente excludente. Seus espaços estavam reservados somente aos funcionários do governo e aos que tinham posses para adquirir lotes. Os mais de seis mil operários que vieram construir a cidade, aglomerados em meio às obras, não tinham lugar para ficar e, juntamente com os antigos moradores do arraial, formaram favelas na periferia. A primeira favela surgiu, assim, já na construção da cidade[28]. A desigualdade social em Belo Horizonte remonta, portanto, à sua origem e ao seu histórico de planejamento. Como observa Le Vem[30], "o planejamento não é neutro, nem obedece a uma racionalidade moral ou ética. A planta da cidade é altamente classista, nela existe a preocupação de destinar a cada fração da população o seu lugar".

No início da década de 1990, Belo Horizonte era marcada pela pobreza e degradação, com 11% da sua população em situação de miséria absoluta e com 20% das crianças sofrendo desnutrição[28]. Em 1993, o município iniciou o processo de democratização com a implantação do OP e a criação dos vários conselhos de políticas públicas. De 1993 a 1996, houve valorização dos espaços urbanos e reforço da estrutura administrativa do município, com a aprovação da Lei Orgânica do Município e do Plano Diretor da cidade.

O OP regional teve sua primeira edição em 1993 e durante os cinco primeiros anos o processo aconteceu anualmente. A partir de 1999, passou a ser realizado de dois em dois anos. O segundo tipo, o OP da habitação (OPH), foi iniciado em 1996, para construção de unidades habitacionais para famílias sem moradia[31]. Já o terceiro tipo, o OP digital, que aconteceu em 2006, 2008, 2011 e 2013, realizado via internet e aberto

a todos os eleitores, busca viabilizar obras de maior abrangência e a incorporação de novos segmentos da população, principalmente a classe média e a juventude.

Em pouco mais de 20 anos, o OP possibilitou a realização de mais de mil obras de infraestrutura, urbanização, construção e reforma de equipamentos públicos nas diversas regiões da cidade, além de mais de três mil unidades habitacionais, com investimentos importantes, prioritariamente em vilas e favelas. Trouxe conquistas consideráveis, principalmente para as comunidades mais vulneráveis, com a requalificação dos espaços e de acessibilidade. Essas intervenções demonstram uma inversão de prioridades dos investimentos públicos em espaços urbanos de alto risco e vulnerabilidade social.

Azevedo e Gomes[31], ao analisarem o OP em Belo Horizonte, percebem que a força do OP reside na participação dos cidadãos nas decisões sobre investimento público. Entretanto, consideram que se trata de uma força relativa em termos de democratização do poder local, de inibição de práticas clientelistas e de geração de capital social, com reduzido impacto sobre a cultura política, destacando-se a necessidade de permanente aperfeiçoamento institucional. Esses autores complementam que há sempre riscos de corrosão nos arranjos institucionais voltados para a democratização da gestão pública e para a ampliação da participação dos cidadãos no processo decisório, que podem reproduzir a concentração do poder decisório nas mãos de uma minoria. Ribeiro[32] identificou no OP habitação práticas predatórias de algumas lideranças na relação com agentes da Prefeitura de Belo Horizonte e a reprodução de "vínculos de tutela e favor entre os dirigentes e dirigidos, típicos do clientelismo", com o benefício de parentes ou de pessoas de perfil socioeconômico fora dos critérios estabelecidos.

Além do OP, há, em Belo Horizonte, 24 conselhos municipais de políticas públicas com diferentes graus de maturação, diversidade de entendimentos, pluralidade de representação e distintas dinâmicas de funcionamento, além de diferenças quanto ao caráter deliberativo e/ou consultivo e à infraestrutura[a]. Em pesquisa realizada em 2010, pelo Projeto Democracia Participativa (PRODEP/UFMG)[33], com 17 conselhos, 73,1% dos atores não governamentais e 62,3% dos atores governamentais afirmaram haver vários problemas de funcionamento dos conselhos. Foram destacados a falta de estrutura física administrativa e financeira, problemas relacionados às regras de funcionamento e organização das reuniões, a falta de poder decisório e de resolução dos problemas, além da limitação da capacidade dos conselheiros em participarem de forma igualitária, plural e pública, pela falta de informação adequada e pela necessidade de capacitação[33]. Há ainda, em Belo Horizonte, centenas de instâncias participativas regionalizadas ou temáticas como comissões, comitês, fóruns, grande variedade de espaços de participação social, além da realização de conferências temáticas e audiências públicas.

a PBH. Portal Gestão Compartilhada. Disponível em: http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/participacao-cidada/colegiados. Acesso em: 30/07/2015.

O histórico de participação social e de planejamento urbano em Belo Horizonte, a partir do início da década de 90, não foi suficiente para reverter a desigualdade social que remonta às suas origens. O município ainda é palco de desigualdades sociais significativas, como revela estudo do Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos. No documento "O Estado das Cidades do Mundo 2010/2011: Unindo o Urbano Dividido", apresentado no 5º Fórum Urbano Mundial da ONU, no Rio de Janeiro, em 2010, Belo Horizonte foi uma das cinco cidades brasileiras incluídas entre as 20 mais desiguais do mundo, entre as 138 cidades de 63 países do estudo[34].

De acordo com Pires[8], as instituições participativas no Brasil já não são mais novidade, mas ainda não alcançaram o amadurecimento. Entre os vários desafios que comprometem a efetividade dos espaços de participação no Brasil, e isso inclui Belo Horizonte, destaca-se a falta de articulação e coordenação dos canais de diálogos, de forma a promover a complementaridade entre os tipos de interação. Sobre a descoordenação entre os processos participativos, Pires *et al.*[11, p.123] comentam:

[...] não existe nenhum mecanismo participativo que promova discussões intersetoriais ou transversais às diversas áreas de políticas públicas. [...] perde-se a perspectiva mais geral, na qual todas estas políticas específicas estão inseridas. A ausência de mecanismos e discussões intersetoriais e transversais poderia ser suprida por uma maior articulação entre conselhos, conferências, ouvidorias, audiências e consultas públicas. Porém, isto também não ocorre. As informações produzidas em cada um desses processos raramente transbordam para os demais. Por isso, não são raras as ocasiões em que se produzem decisões contraditórias ou precariamente informadas.

Em 2009, a Prefeitura elaborou planejamento estratégico para a gestão da cidade, procurando definir e estabelecer indicadores e objetivos para 2030. Para orientar as ações de curto e médio prazo, foram estruturados os projetos sustentadores no Programa BH Metas e Resultados para quatro anos (2009-2012)[35]. Em 2009, também foi elaborado o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) (2010-2013) do município. Em 2010, a Prefeitura revisou o seu Plano Diretor Municipal, a partir das contribuições advindas principalmente da 3ª Conferência Municipal de Políticas Urbanas ocorrida em 2009, estabelecendo as diretrizes para a ocupação da cidade. Em 2011, a Prefeitura deu início à elaboração dos planos diretores das nove regionais administrativas do município, com o objetivo de orientar o desenvolvimento local de forma menos desigual, para que os ônus e os benefícios da urbanização fossem mais bem distribuídos para as diversas áreas da cidade [36]. Para a elaboração desses planos foi contratada consultoria técnica especializada e prevista a participação das comunidades. Os trabalhos foram iniciados em 2011, mas suas proposições só foram objeto de discussão na 5ª Conferência Municipal de Política Urbana, realizada em 2014[37]. Três rodadas do OP foram

realizadas nesse período: em 2010 e em 2012, OP regional 2011/2012 e 2013/2014, respectivamente; em 2011, OP digital. Nesse contexto diversificado de ações de planejamento e participação social foi que se inseriu o Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) de Belo Horizonte.

O Planejamento Participativo Regionalizado (PPR)

Em fevereiro de 2011, a Prefeitura se propôs a fortalecer a gestão participativa em Belo Horizonte, ao criar a Secretaria Municipal Adjunta de Gestão Compartilhada (SMAGC), vinculada à Secretaria Municipal de Governo, com o desafio de articular, dar unidade e potencializar a participação democrática no município. Foi definida como prioridade para ação da secretaria a estruturação de novo processo de diálogo do governo municipal com a sociedade, por demanda do prefeito, que queria ouvir diretamente as propostas das comunidades para o aprimoramento das políticas públicas em todas as regiões da cidade. Foi então empreendido, entre 2011 e 2012, o Planejamento Participativo Regionalizado (PPR), envolvendo grande diversidade de atores sociais, com cerca de 9.000 participações, que geraram 2.500 proposições para os 40 territórios do município[36].

Experiência de inovação democrática em Belo Horizonte, o PPR teve por objetivo ampliar e qualificar a participação da sociedade na gestão municipal, com o seu envolvimento no planejamento regionalizado do município. Buscou identificar propostas mais adequadas para o desenvolvimento de cada região da cidade com a discussão de ações em todos os setores: habitação, saúde, educação, desenvolvimento social, transporte e trânsito, trabalho e renda, lazer, segurança, cultura, meio ambiente. Dessa forma, o PPR visou contrapor-se à tendência de compartimentação temática dos processos participativos, abrigando, num único processo, todas as questões trazidas pelos participantes, consideradas importantes para o desenvolvimento do seu território. Os cidadãos foram convidados a elaborar propostas relacionadas a qualquer aspecto que afetasse sua região de origem, que poderiam orientar as futuras ações públicas no município.

Não se tratava, portanto, de um arranjo participativo setorial, como são as conferências e conselhos. Ao contrário, o PPR configurou-se como uma estratégia inovadora de planejamento de longo prazo da cidade, com foco no território, diferenciando-se, assim, dos planejamentos setoriais e do OP, que tem o horizonte de curto prazo. Buscou mobilizar representantes da sociedade organizada, especialmente de âmbito local, solicitando que pensassem a cidade para 10 a 20 anos, com propostas de médio e longo prazo, num processo aberto, sem limite de recursos financeiros ou de temática. Pretendeu, portanto, ser uma plataforma de planejamento territorial participativo, visando orientar a elaboração das futuras ações públicas e balizar outros processos de planejamento como o próprio OP, os planos diretores regionais e os Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAGs).

Foram estabelecidos ciclos progressivos de oficinas públicas, antecedidos por uma articulação interna na Prefeitura e algumas reuniões preparatórias externas com segmentos considerados mais significativos. Num exercício permanente de construção e avaliação do PPR, foram sendo definidos os instrumentais demandados no percurso, como dinâmicas de condução dos encontros públicos, processos avaliativos, banco de dados e outros registros. A metodologia de trabalho no PPR foi, assim, bastante diversificada e construída, de forma incremental, a partir das especificidades das inúmeras reuniões e ciclos de oficinas empreendidos ao longo do processo. A principal dificuldade que a equipe enfrentou foi construir uma agenda participativa nos 40 territórios, que fosse compatível com o curto prazo estabelecido para articular a participação e organizar os eventos públicos, num contexto que antecedia as eleições municipais que, sabidamente, contaminaria o processo.

Outro desafio era a ausência de uma equipe técnica interdisciplinar para promover a mediação entre as propostas da sociedade e as políticas, programas e projetos municipais, das diferentes áreas temáticas da Prefeitura. Esse trabalho foi feito pela própria equipe de mobilização da Secretaria de Gestão Compartilhada, com o apoio dos técnicos dos vários órgãos e secretarias municipais.

Importante salientar que, além dos resultados relacionados à sistematização das propostas da população para o seu território (metas do planejamento propriamente dito), o PPR também pretendia criar uma cultura de planejamento de médio e longo prazo. Assim, foram estabelecidas também metas qualitativas, de caráter pedagógico, político e organizativo, na perspectiva de ampliação da cidadania.

Aspecto diferencial da metodologia do PPR foi a utilização, em todas as oficinas, de instrumentos de arte-mobilização, dentro da temática da reunião, com o uso de esquetes teatrais. Foi criado um repertório de quatro esquetes específicos para cada ciclo, por um grupo de teatro contratado especialmente para o processo. Em cada ciclo, o esquete era apresentado em momentos distintos, com boa repercussão e participação da plateia, criando uma atmosfera afetiva e reflexiva. A condução geral e o cerimonial das oficinas públicas também eram feitas de forma mais lúdica. Apesar da presença do prefeito e de secretários nos eventos, a postura do cerimonial era sempre informal, utilizando recursos da arte-mobilização, com o moderador trajando um vestuário gracioso, interagindo com a plateia, o que criava um ambiente descontraído e mais convidativo à participação popular.

Embora o PPR tenha sido um curtíssimo ensaio de planejamento territorial participativo, ficando, portanto, muito limitadas as lições que dele se podem extrair, considera-se que essa experiência traz inspirações técnicas e metodológicas importantes para possibilitar a ampliação da cidadania e o aprimoramento da participação social nas políticas públicas, de forma a impactar positivamente nos determinantes sociais e ambientais da saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Portaria n° 687 MS/GM,* de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde)
2. OMS. *Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas.* Helsinque, junho de 2013. [Acesso em 15/08/2015]. Disponível em: http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8ª-Conferência-Internacional-de-Promoção-da-Saúde.pdf
3. OMS. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.* 2011. [Acesso em: 24 abril 2014.] Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/ declaration/Rio_political_ declaration_portuguese.pdf.
4. Melo EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005; 10:167-78.
5. Rocha EA Constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: Vaz F, Musse JS, Santos RF (Coord.) *20 anos da constituição cidadã:* avaliação e desafios da seguridade social. Associação nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil – AnFiP. Brasília: ANFIP; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Portaria n° 687 MS/GM,* de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde)
7. Gohn MG. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: Santos Jr OA, Ribeiro LCQ, Azevedo S (Orgs.). *Governança democrática e poder local:* a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan; 2004; p.57-94.
8. Pires RRC. Da sociedade para o estado: desafios da participação do Brasil. In: Marx V. (Org.). *Democracia participativa, sociedade civil e território*. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
9. Fedozzi L. Avaliação das práticas de construção dos orçamentos participativos. In: Marx V. (Org.). *Democracia participativa, sociedade civil e território*. Centro de Estudos Internacionais sobre Governo – CEGOV. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
10. Harvey D. Do gerenciamento ao empresariamento: a transformação da administração urbana no capitalismo tardio. *Espaço e Debates.* 1996; 39:48-64.
11. Pires RRC et al. Planejamento governamental e participação social: encontros e desencontros na experiência brasileira recente. In: Cardoso Jr, JC, Garcia R (Orgs.). *Planejamento estratégico governamental em contexto democrático:* lições da América Latina – *2013*. Brasília: ENAP Caderno ElAPP; 2014.
12. Cardoso JC. Planejamento governamental e gestão pública no Brasil: balanço da experiência federal e desafios no séc. XXI. In: Cardoso Jr JC, Coutinho R (Orgs.). *Planejamento estratégico em contexto democrático*: lições da América Latina. Brasília: ENAP; 2014.
13. Gimenez DM, Cardoso JC. *Planejamento e desenvolvimento*: considerações à luz de documentos do governo brasileiro entre 2003 e 2010. Texto para Discussão, no 1690. Brasília: Ipea; 2012.
14. Cymbalista R. A trajetória recente do planejamento territorial no Brasil: apostas e pontos a observar. Revista Paranaense de Desenvolvimento. 2006 jul/dez; 111:29-45,.
15. Santos Junior OA, Montandon DT. Síntese, desafios e recomendações. In: Santos Junior OA,, Montandon DT. (Orgs.). *Os planos diretores municipais pós-estatudo da cidade*: balanço crítico e perspectivas.Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Cidades: IPPUR/UFRJ; 2011.
16. Santos MRM. O sistema de gestão e participação democrática nos planos diretores brasileiros. In: Santos Junior OA,, Montandon DT. (Orgs.). *Os planos diretores municipais pós-estatudo da cidade*: balanço crítico e perspectivas.Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Cidades: IPPUR/UFRJ; 2011.

17. Toni J. *Planejamento participativo:* possibilidades metodológicas alternativas. II Congresso Consad de Gestão Publica. Brasília; 2009.
18. Rahneema M. Participation. In: Sachs W. *The development dictionary:* a guide to knowledge as power. London: Zed Books; 1992; p.127-144.
19. Hevia F, Isunza E. La perspectiva da interfaz aplicada a las relaciones sociedad Civil-Estado en México. In: Sanches JA. (Cord.). *La democratización frustrada*. Veracruz: CIESAS, 2010.
20. Nogueira MA. *Um estado para a sociedade civil*: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez; 2004.
21. Mouffe C. Por um modelo agonístico de democracia. *Revista de Sociologia e Política*. 2005; 25:11-23.
22. Demo P. Planejamento participativo; elementos de uma discussão preliminar. In: Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria Geral. *Subsídios ao planejamento participativo.* Brasilia; 1980; p.15-26.
23. Mujica P. El concepto de participación ciudadana y su aplicación en las políticas públicas. In: Santander ML.*Manual de participación ciudadana*. Corporación Participa. Santiago de Chile; 2008; p.11-47
24. Costa P. Participação social e alta vulnerabilidade social: estudo de caso em Porto Alegre/RS. In: Max V. *Democracia participativa, sociedade civil e território.* Centro de Estudos Internacionais sobre Governo. Porto Alegre : UFRGS/CEGOV, 2014.
25. Souza J. *A construção social da subcidadania*: para uma sociologia política da modernidade periférica. Rio de Janeiro: IUPERJ; 2003.
26. Cascão IRA, Abreu MF, Torres MA. *A experiência de planejamento participativo regionalizado em Belo Horizonte, Brasil.* CEPAL; 2013. (*Mimeo*)
27. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1967.
28. PBH – Prefeitura de Belo Horizonte. *Cenas de um Belo Horizonte.* 2. ed. Belo Horizonte: PBH; 1996.
29. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010.* [Acesso em: 06/09/2015]. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br /xtras/ perfil.php? lang= &codmun=310620.
30. Le Ven MM. Polícia vigia reunião de operários. *De Fato.* 1977 dez; 3(12).
31. Azevedo ND, Gomes MA. Belo Horizonte: um balanço da literatura sobre o orçamento participativo de Belo Horizonte: avanços e desafios. In: Azevedo S, Nabuco AL. (Orgs.). *Democracia participativa:* a experiência de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Leitura; 2008.
32. Ribeiro F. Cultura e participação popular: mediação política e acesso à moradia na experiência do orçamento participativo da habitação de Belo Horizonte. In: Azevedo S, Fernandes R. (Orgs.). *Orçamento participativo*; construindo a democracia. Rio de Janeiro: Revam, 2005; p. 133-152.
33. Avritzer L, Almeida DR, Silva KJO. Projeto democracia participativa – PRODEP / UFMG e Comitê Governamental de Gestão Participativa – PBH. *Repensando os mecanismos participativos de Belo Horizonte*: representação, capacitação e intersetorialidade. Belo Horizonte; 2010
34. UN-Habitat. *State of the world's cities 2010/2011.* Bridging the urban divide. Londres: Earthscan; 2010.
35. Portal PBH. *Plano estratégico de Belo Horizonte 2030:* A cidade que queremos. Síntese. 2ª versão. Disponível em https://bhmetaseresultados.pbh.gov.br/ sites/ all/ themes/metas/pdf/ sintese.pdf. Acessado em 16/07/2015.
36. Abreu MF, Garcia MMF, Poznanski F. *Planejamento participativo regionalizado (PPR) - Ampliando a participação em Belo Horizonte - MG.* Anais da 12 Conferência do Observatório Internacional de Democracia Participativa. Porto Alegre: Observatório da Cidade de Porto Alegre; 2012. 11p.
37. Portal PBH. *Orçamento participativo 2015/2016*: metodologia e diretrizes. [Acesso em: 15/10/2016]. Disponível em: http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/ sites/ gestaocompartilhada.pbh.gov.br/files/ biblioteca/arquivos/pb-0032-14g_caderno_ op_2015- 21016_metodologias_e_diretrizes_los.pdf

Capítulo 6

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO FATOR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: A EFETIVIDADE DAS PROPOSTAS DO PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO REGIONALIZADO EM BELO HORIZONTE/MG PARA A POLÍTICA SETORIAL DA SAÚDE

Paulo Cesar Machado Pereira
Andréa Maria Silveira

Apresentação

Segundo o Banco Mundial[1], "governança é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando ao desenvolvimento e à capacidade dos governos de planejar, formular e programar políticas e cumprir funções". Adensando as características da boa governança (Estado de Direito, transparência, responsabilidade, orientação por consenso, igualdade e inclusividade, efetividade e eficiência e prestação de contas), os governos democráticos lançam mão dos mecanismos de participação popular, por meio dos processos deliberativos já existentes, buscando atender às expectativas da população e ter qualidade nos gastos públicos. Entretanto, a governança não deve instrumentalizar a participação popular para impor a sua agenda partidária ou apenas para legitimar a proposta vitoriosa no pleito eleitoral.

Consagrada a participação popular na gestão da coisa pública, as práticas governamentais clientelistas anteriormente comuns tendem a perder espaço para as organizações e coletivos que impulsionam as arenas das disputas de propostas, já constituindo "realidade inevitável para governantes e tomadores de decisão no Brasil"[2].

Os processos deliberativos, mais especificamente dos conselhos de políticas, tem sido alvo de inúmeros estudos[3,4]. Esses estudos buscam identificar os desenhos institucionais e as variáveis internas e externas que influenciam nas deliberações dos conselhos, cujas conformações vão da base participativa ampla inicial (por exemplo, comissões locais de saúde não paritárias e não deliberativas) às finalísticas plenárias deliberativas ou consultivas compostas por delegados.

Por sua vez, por se encontrar mais perto do cidadão, os governos municipais podem revalorizar a esfera local e buscar novos mecanismos participativos, tentando favorecer e qualificar a sua governança. Cabe ressaltar o estabelecimento de um fenômeno denominado "sinergia positiva" entre o Estado e a sociedade civil nesse processo de disseminação de pesquisas sobre a participação popular nas políticas públicas[5], assim como a criação de novos espaços participativos que podem fomentar, ou não, condições de aprofundamento da democracia, a qual exige um conjunto de modalidades participativas que favoreçam a vocalização e expressão de número cada vez maior de cidadãos, de forma a que possam partilhar autonomamente o exercício do poder político[5].

O contexto participativo, entretanto, não se nutre apenas de consensos. Analisando ampliação das interfaces Estado-sociedade no México, Hevia e Isunza[6] consideram que os espaços de interação entre sociedade civil e o Estado "funcionam principalmente como meios para legitimar a ação dos governantes e não como contrapartida efetiva ao poder governamental através de mecanismos autênticos de participação corresponsável". Pode ocorrer, na realidade, a concretização de uma participação de fachada, não deliberativa e efetiva.

Quando é feito o recorte para os governos municipais, constata-se que a reforma institucional implantada a partir da Constituição Federal de 1988 caracterizou-se pela descentralização das políticas públicas para os municípios. Essa municipalização promoveu profundas mudanças institucionais e fomentou o debate sobre o papel e a gestão das cidades, com novas formas de organização do poder local, revalorizando-o como espaço detentor de mais capacidade de promover o desenvolvimento social e operar as mudanças necessárias à maior eficiência e à maior competitividade econômicas em um mundo globalizado[7].

É importante observar que a implementação de políticas públicas sociais e urbanas no Brasil está compartimentada em inúmeros ministérios, secretarias estaduais e municipais, dificultando a articulação dessas políticas e, muitas vezes, penalizando a população e a própria governança local com fragilidades na ação intersetorial geradas pela fragmentação, a qual também ocorre com os conselhos, impondo-lhes limites[8]. Questiona-se, dessa forma, se a existência de inúmeros mecanismos participativos, particularmente os conselhos de políticas públicas, poderia diluir o potencial de resultados positivos desses mecanismos, dada a multiplicidade de pautas específicas que passam a direcionar a ação de cada instituição.

A experiência da participação social em Belo Horizonte

A cidade de Belo Horizonte foi fundada em 12 de dezembro de 1897 para ser a capital política e administrativa do estado de Minas Gerais. A cidade conta com área geográfica de pouco mais de 330 km², população de 2.375.444 habitantes e tem o setor terciário como predominante na sua economia[9]. Segundo a Fundação João Pinheiro[10], em 2010 a capital mineira teve um PIB de mais de 50 bilhões de reais, representando o 5º maior entre as cidades brasileiras e gerando 1,38% do total das riquezas produzidas no país.

A cidade tem se destacado no cenário nacional nos últimos 20 anos pela sua gestão municipal participativa, com destaque para o OP e pela atuação dos conselhos de políticas públicas. Existem conectados às diferentes políticas públicas 24 conselhos municipais em Belo Horizonte. Há, ainda, outras centenas de instâncias participativas regionalizadas ou temáticas como comissões, comitês, fóruns, com a realização de conferências temáticas, além de audiências públicas, com grande variedade de espaços de participação social[a].

No tocante à área da saúde no município, Belo Horizonte realizou sua I Conferência Municipal de Saúde, intitulada Pré-conferência, em 1986, visando eleger delegados para representarem o município na Pré-conferência Estadual e, em seguida, na VIII Conferência Nacional de Saúde. A II Conferência Municipal de Saúde ocorreu em novembro de 1990, com a finalidade de discutir as políticas de saúde da cidade e, principalmente, instituir um conselho de saúde[11]. Ressalta-se que a mobilização pela criação do Conselho Municipal de Belo Horizonte antecedeu a legislação federal, que institucionalizou essas instâncias colegiadas.

O Conselho Municipal de Saúde da capital mineira (CMS-BH), legalizado pela Lei Municipal 5.903, de 03 de junho de 1991, enriqueceu essa instância participativa, criando uma articulação em rede, com a instituição dos Conselhos Distritais de Saúde, com composição paritária, embora sem o poder deliberativo garantido para o CMS-BH. A mesma legislação municipal criou as comissões locais de saúde em todos os centros de saúde do SUS-BH, para a livre participação dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores, prestadores e formadores de recursos humanos da respectiva área de abrangência. A composição não obrigatoriamente paritária desses conselhos lhes confere mais radicalidade no cenário participativo e de controle social da saúde. Posteriormente, foram instituídos os conselhos hospitalares nas unidades conveniadas ou contratadas pelo SUS-BH e os conselhos de unidades de pronto-atendimento, gerando oportunidades de participação e controle por parte da população na gestão de todos os tipos de unidades de saúde da cidade.

a http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/participacao-cidada/colegiadose http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/participacao-cidada/op-orcamento-participativo

Aliada aos conselhos e comissões locais de saúde, as conferências, também instituídas pela Constituição, receberam incentivos importantes em Belo Horizonte. As conferências municipais de saúde de Belo Horizonte, a partir da sua 10ª edição, passaram a ter sua periodicidade bianual, em vez da tradicional quadrianualidade, que as vinculava ao processo das conferências estadual e nacional. O intento dessa novidade foi a realização de conferências solteiras, com pauta de discussão dirigida especificamente para a aprovação das diretrizes fundamentais dos planos municipais de saúde, como prevê a legislação do SUS.

Uma nova experiência de participação em Belo Horizonte: o planejamento participativo regionalizado

Em fevereiro de 2011, a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) propôs fortalecer a gestão participativa, com a criação da Secretaria Municipal Adjunta de Gestão Compartilhada, vinculada à Secretaria Municipal de Governo, com o desafio de articular, dar unidade e potencializar a participação democrática em Belo Horizonte.

Foi estabelecida, como prioridade para ação dessa Secretaria, a estruturação de um novo processo de diálogo direto do governo municipal com a sociedade. Assim, entre 2011 e 2012, foi empreendido o Planejamento Participativo Regionalizado (PPR), envolvendo grande diversidade de atores sociais, com aproximadamente 9.000 participações, que geraram 2.518 proposições para os 40 territórios do município. Esses territórios foram constituídos pelo agrupamento de bairros com características socioeconômicas semelhantes[12].

O PPR se desenvolveu inspirado em referenciais da educação popular de Paulo Freire e em diversas práticas de planejamento comunitário, das quais se destacam as contribuições de Carlos Matus[13,14]. Os cidadãos foram convidados a elaborar propostas de interesse de suas regiões de origem, relacionadas a qualquer aspecto da vida pública e que poderiam orientar as futuras ações do poder municipal.

O Programa Plurianual de Ação Governamental (PPAG), também conhecido como Plano Plurianual (PPA) da Prefeitura de Belo Horizonte, no corpo da sua apresentação destaca como "base a gestão participativa e democrática", ressaltando o OP como "estratégia democrática de planejamento, definição e aplicação dos recursos públicos". Em 2013, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão lançou o "Programa de Apoio à Elaboração e Implementação dos Planos Plurianuais (PPAs) Municipais – 2014-2017 – Agendas de Desenvolvimento Territorial", buscando cooperação federativa, por meio do fortalecimento e ampliação dos mecanismos de articulação entre os governos federal, estadual e municipal, visando à promoção do desenvolvimento integrado em todos os níveis de governo[15].

Assim, esta pesquisa teve por objetivo correlacionar as propostas formuladas pelos participantes do PPR para a área da saúde com o PPAG da Prefeitura de Belo Horizonte-MG, buscando identificar em que medida essas propostas foram contempladas nesse plano e no planejamento governamental na capital mineira.

A metodologia utilizada foi a análise de documentos que a PBH disponibilizou nos seus sítios na internet, onde foram resgatadas informações sobre o PPR e o PPAG[b]. A busca de proposições específicas da área da saúde obrigou o recorte dos documentos em que se encontrava esta temática. No caso do PPR esse recorte já estava estabelecido quando da formatação final do conjunto das propostas territoriais. Agrupados nas nove regiões administrativas, os 40 territórios aprovaram 2.518 propostas abrangendo 17 áreas de concentração. Essas propostas foram agrupadas pelos técnicos das secretarias municipais.

No caso do PPAG, foi localizada a função saúde com os seus respectivos programas, ações e subações, além de diversas outras tantas emaranhadas identificações numéricas e outras subcategorias, obviamente aí incluídos os valores orçamentários previstos para os anos 2014 a 2017, visando à consecução do plano previsto.

Foi utilizado, inicialmente, o critério de analogia pura e simples entre os termos formulados, localizando em qual programa, ação ou subação do PPAG estariam abarcadas as formulações do PPR. Os 10 programas, as 20 ações e as 52 subações do PPAG da função saúde ou não contemplavam as especificidades de algumas das propostas oriundas do PPR ou, por serem muito genéricas, se aproximavam de forma muito inespecífica daqueles programas, ações ou subações. Quando foi buscada a correspondência junto às 52 subações, com mais detalhamento e especificidade, observou-se também que as correlações encontradas ainda eram muito abertas, não contemplando nuanças importantes das 302 proposições escolhidas pelos territórios. Em todas as alternativas buscadas, o pareamento feito respeitou a territorialidade original das proposições do PPR, observando-se a sua inscrição no PPAG nas planilhas montadas separadamente para cada uma das nove regiões administrativas da cidade.

Optou-se, finalmente, dado que o PPAG contempla, obrigatoriamente, para cada subação, um determinado produto[c], utilizá-lo como categoria a ser correlacionada com as proposições do PPR. Como seria decorrência natural, uma proposição do PPR deveria ter sua aplicabilidade concreta no município como algo substantivo e tangível, ou seja, um determinado produto (ou produtos) seria o ponto de encontro mais razoável de cotejamento entre o PPAG e PPR.

b http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/.

c "Define bens ou serviços que resultam da ação, destinados ao público-alvo do programa", sendo "obrigatória a definição de um produto fisicamente apurável" (PPAG 2014-2017).

Resultados e Discussão

Observou-se que os 42 produtos originais inscritos no PPAG para a função saúde não contemplavam plenamente a expectativa dos participantes e, destes, apenas 20 tiveram alguma correspondência com os produtos do PPR. Outra situação observada foi que algumas proposições eram pouco claras, inespecíficas, impertinentes, específicas demais ou fora do escopo geral da política de saúde do SUS-BH, portanto, não tinham um produto a ser contemplado, e foram contabilizadas como sendo sem um produto tangível.

Embora não tenha sido, em última análise, a correlação entre programa, ação e subação e as proposições populares a escolha feita para se cotejar PPAG e PPR, e sim os seus decorrentes produtos, vale observar, em sentido amplo, onde elas se encontrariam no PPAG, como mostra a Tabela 1. Depreende-se que todas as proposições do PPR, de alguma forma, estariam contidas no PPAG, no mínimo abarcadas na formulação mais abrangente do PPAG, que são os programas da função saúde (Tabela 6.1).

Tabela 6.1. Propostas do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) presentes, no Plano Plurianual de Ações Governamentais (PPAG) 2014-2017 segundo programa, ação e subação, Belo Horizonte (MG), 2014

Programa	Ação	Subação	Total
6	108	188	302
1,99%	35,76%	62,25%	100,00%

Quando foi feito o cotejamento entre os produtos do PPAG e os produtos inferidos em face das proposições do PPR, observou-se que, do total de 321 ações do PPR, 123 (38,2%) não encontraram expressão no PPAG, como pode ser comprovado na Tabela 6.2.

Tabela 6.2. Propostas do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) presentes, no Plano Plurianual de Ações Governamentais (PPAG) 2014-2017, segundo o produto esperado, Belo Horizonte, (MG), 2014

Sem produto no PPAG	Produto original no PPAG	Total
123	198	321 (*)
38,32%	61,68%	100%

(*) Algumas proposições do PPR admitiam mais de um produto na sua formulação.

Percebe-se, de imediato, que as 302 proposições do PPR se desdobraram em 321 possibilidades, incluindo aquelas “sem produto”, visto que algumas delas pretendiam mais de um produto original. Considerando que poderiam se tornar efetivas, a rigor, aquelas proposições que correspondessem aos produtos originais do PPAG, verifica-

-se que 198 (62%) se encontravam nessa alternativa. A Tabela 3 apresenta os dados gerais extraídos da função saúde do PPAG e as proposições setoriais da área da saúde do PPR, permitindo uma comparação mais sintética.

A cada ano passado daqueles quatro que englobam o PPAG, a PBH é obrigada legalmente a apresentar os indicadores anuais de implementação do plano, sendo permitido, inclusive, formular alterações no plano inicial, caso isso seja aprovado na Câmara Municipal. Foi analisado, então, como e em que percentual as diversas subações foram cumpridas para os seus produtos originais no PPAG, no ano de 2014, segundo o desempenho informado pela PBH. Detectou-se que 20 produtos da função saúde relacionados ao recorte das 198 proposições do PPR tinham metas previstas para serem contempladas em 2014. O percentual de cumprimento variou de 0 a 182% das metas, sendo que sete produtos não tiveram qualquer resultado (0%) e em seis deles a meta foi integralmente cumprida ou extrapolou os 100% de cumprimento. Para os sete produtos restantes, o cumprimento de metas variou de 7 a 99%.

Dos sete produtos sem metas cumpridas em 2014, cinco deles, correspondendo a 75 das 198 proposições (37,8% do total), eram demandas especificamente por obras (estrutura). Os outros dois produtos restantes (com cinco proposições referentes) não atendidos relacionam-se a sistemas de informação em saúde e para agendamento de consultas.

Dos 13 produtos com algum nível de cumprimento (percentuais aferidos na Tabela 3), dois deles (com 45 das 198 proposições) também se referiam a obras referentes a reformas, ampliações e revitalizações de centros de saúde ou academia da cidade em funcionamento. Os demais 11 produtos (somando 73 proposições) tratavam de questões relativas a processos e resultados dos serviços de saúde.

Quando são comparados os valores orçamentários para 2014 àqueles aprovados para 2015 em face das mesmas 198 proposições do PPR localizadas nos 10 programas da função saúde do PPAG, percebe-se que houve reajuste positivo global do orçamento para a função saúde de 9,34%, entre 2014 e 2015. Os percentuais para cada programa em relação ao valor total sofreram incrementos diferentes, visto que o reajuste não foi linear. Quando os programas são especificados, identificam-se variações negativas em dois deles (36,67% e 10,56%) e a manutenção de nenhum valor orçamentário na porção relativa ao Fundo Municipal de Saúde do Programa Recomeço em 2014 e 2015. Os aportes orçamentários positivos variaram entre 5,15 e 27.191,46% nos sete programas restantes.

Ao comparar a quantidade de proposições do PPR localizando-as em cada um dos mesmos 10 programas do PPAG, nota-se na somatória dos três mais citados (Saúde da Família, Gestão e Regionalização da Saúde e Atenção Primária à Saúde) 130 proposições que representaram 65,6% do seu total. Para o restante dos sete programas da função saúde do PPAG, as 68 proposições totalizaram 34,4%, sendo que dois desses programas (Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar e Vigilância em Saúde) não tiveram reivindicação alguma no PPR.

Tabela 6.3. Comparativo entre os valores orçamentários destinados para os programas / produtos do PPAG 2014/2015e percentual de cumprimento das proposições para o setor saúde do PPR Belo Horizonte (MG) nos anos 2014

Programa PPAG	Valores aprovados (R$)					Produto PPAG	Proposição PPR (saúde)		
	2014	%/2014	2015	%/2015	2015/ 2014%		Qtde.	%	Cumprimento de meta no PPAG em 2014
Melhoria do Atendimento Hospitalar e Especializado	1.177.138.022	35,20%	1.315.254.200	36,00%	11,73%	Unidade de Pronto-Atendimento construída	18	9,10%	0,00%
						Atividade (Sistema de Informação) implantada	3	1,50%	0,00%
						Leito ampliado	3	1,50%	131%
Atenção Primária à Saúde (APS)	637.729.324	19,10%	670.589.100	18,30%	5,15%	PPP Atividade implantada (Centro de Saúde construído)	38	19,20%	0,00%
						Consulta (básica) realizada	3	1,50%	75%
Gestão e Regionalização da Saúde	168.863.129	5,00%	106.947.287	2,90%	-36,67%	Obra executada (ampliação / reforma / revitalização)	14	7,10%	7%
						Plano (de qualificação / educação permanente) implantado	18	9,10%	100%
						Dispensação realizada (medicamentos)	10	5,10%	109%
						Pessoa capacitada (no controle social)	1	0,50%	11%

Comtinua…

... continuação

Tabela 6.3. Comparativo entre os valores orçamentários destinados para os programas / produtos do PPAG 2014/2015e percentual de cumprimento das proposições para o setor saúde do PPR Belo Horizonte (MG) nos anos 2014

Programa PPAG	Valores aprovados (R$)					Produto PPAG	Proposição PPR (saúde)		
	2014	%/2014	2015	%/2015	2015/ 2014%		Qtde.	%	Cumprimento de meta no PPAG em 2014
Saúde da Família	332.020	0,00%	90.613.100	2,50%	271,91	Academia da Cidade em funcionamento	31	15,70%	90%
						Pessoa beneficiada (transporte em saúde)	12	6,10%	113%
						Encontro realizado (saúde sexual)	1	0,50%	182%
						Equipe de saúde bucal (implantadas)	1	0,50%	91%
						Unidades com serviço disponível (qualificação de infraestrutura)	1	0,50%	0,00%
Hospital Metropolitano	116.446.902	3,50%	125.545.903	3,40%	7,81%	Hospital construído	3	1,50%	0,00%
Recomeço (*)	0	0,00%	0,00	0,00%	0%	Equipamento (Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas) implantado	15	7,60%	0,00%

Comtinua...

... continuação

Tabela 6.3. Comparativo entre os valores orçamentários destinados para os programas / produtos do PPAG 2014/2015e percentual de cumprimento das proposições para o setor saúde do PPR Belo Horizonte (MG) nos anos 2014

Programa PPAG	Valores aprovados (R$)					Produto PPAG	Proposição PPR (saúde)		
	2014	%/2014	2015	%/2015	2015/ 2014%		Qtde.	%	Cumprimento de meta no PPAG em 2014
Rede de Cuidados Especializados Complementares à Saúde	473.738.038	14,20%	598.115.000	16,40%	26,25%	Consulta especializada realizada	17	8,60%	101%
						Procedimento realizado (procedimentos ambulatoriais)	6	3,00%	89%
						Atendimento realizado (urgência)	1	0,50%	99%
Gestão do SUS-BH	450.521.976	13,50%	402.930.714	11,00%	-10,56%	Etapa (sistema de informação) implantada	2	1,00%	0,00%
Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar	277.324.920	8,30%	295.464.905	8,10%	6,54%	Nenhum em 2104	0	0	0
Vigilância em Saúde	43.058.931	1,30%	52.142.000	1,40%	21,09%	Nenhum em 2105	0	0	0
Total	**3.345.153.262**	**37,30%**	**3.657.602.209**	**36,90%**	**9,34%**		**198**	**100,00%**	

(*) Porção relativa ao Fundo Municipal de Saúde.

Um primeiro tópico a ser apresentado refere-se ao compasso de tempo demarcado para a pesquisa. O PPAG é um planejamento realizado para quatro anos corridos e a pesquisa analisou apenas o ano de 2014, restando, portanto, três anos de percurso. Igualmente, observando a efetividade de propostas aprovadas no PPR, é preciso considerar que o primeiro ano, ou qualquer um dos quatro anos do PPAG, tem igual importância diante da expectativa popular de que o seu pleito seja atendido.

Cabe então esclarecer a orientação que se pretende dar ao tentar evidenciar o que seria a efetividade de propostas. Tem sido chamada a atenção para a necessidade de se mudar o foco da discussão centrada na defesa ou na crítica da própria existência das instâncias participativas para uma discussão dos efeitos e resultados decorrentes da ação dessas instâncias participativas sobre diferentes políticas públicas[16-19]. Neste texto considerou-se como efetividade das propostas da saúde apresentadas para as políticas públicas no PPR a materialização dos seus produtos contidos no PPAG, medida de acordo com o grau de cumprimento das metas previstas no recorte específico e respectivo de cada um dos seus programas.

Com base nos resultados apresentados, deve-se reconhecer que todas as proposições formuladas sobre a saúde no PPR tiveram alguma acolhida, de maneira genérica ou específica, na função saúde do PPAG.

De imediato, também se deve considerar a relatividade dessa constatação. A fonte substantiva, formal e legal para subsidiar o planejamento e orçamento do SUS está consignada nas leis federais e em decretos e portarias do Ministério da Saúde, que são claros ao abordar o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde (CMS-BH). E este, em última instância, aprova o respectivo Plano Municipal de Saúde (PMS-BH 2014-2017) da cidade, que é o substrato para a elaboração do correspondente PPAG (BRASIL, 1990). Entretanto, o CMS-BH, conforme a Resolução CMS BH 376/2014, aprovou em reunião plenária ocorrida em 18/12/2014 o PMS-BH 2014-2017, quase que exatamente um ano após (em 27/12/2013) a sanção, pelo prefeito, da Lei Municipal 10.690, que dispôs sobre o PPAG do mesmo período.

Quando se observa que 60,6% do total das proposições (120 proposições) demandavam estrutura, infere-se, fortemente, que a percepção dos participantes do PPR indicava a ampliação dos serviços, entre alternativas, a partir da realização de obras. Entretanto, o Executivo Municipal não reconheceu plenamente esse anseio, na medida em que não houve qualquer cumprimento de metas em cinco dos produtos diretamente ancorados nessa perspectiva em 2014. No detalhamento, pode-se abstrair que as obras consideradas de maior monta, como aquelas referentes às unidades de Pronto-Atendimento e ao Hospital Metropolitano, não obtiveram resultado em 2014. Aquelas referentes às reformas dos centros de saúde tiveram apenas 7% do cumprimento das suas metas. Quando 90% da meta foram cumpridas, pode-se inferir que se trataria de empreendimentos de menor monta.

Esse não cumprimento possivelmente é decorrente de dois fatos. O primeiro seria a retração orçamentária municipal que acompanha a atual crise econômica pela qual passa o Brasil, embora a PBH tenha reajustado em 9,34% o orçamento global do PPAG para 2015. O segundo aspecto teria relação com a parceria público-privada específica para a estruturação da atenção primária, que não se viabilizou em 2014.

Considerações Finais

Esta pesquisa exigiu a análise de documentos densos. O documento do PPR, apesar de menos detalhado, contemplou três centenas de proposições, que nem sempre se apresentaram claramente explicitadas nos seus objetivos finais. O esforço exigido sinalizou a necessidade de que as instâncias participativas busquem melhor tradução de seus anseios, possibilitando inserção mais clara e objetiva dessas expectativas nos documentos que sustentam o planejamento da política pública.

Ao contrário do primeiro documento (o PPR) analisado, o PPAG não é, definitivamente, instrumento ágil e suficientemente claro quanto aos propósitos do governo municipal para determinado período de tempo. O documento maior do planejamento municipal é um emaranhado de planilhas com infindáveis colunas e linhas, relatórios, formalidades e inscrições legais distintas, entre outras tantas referências incluídas, e é disponibilizado em dois imensos volumes impressos (poucas cópias são disponibilizadas) ou como inúmeros arquivos digitais publicados no Portal da PBH[d], que, ano a ano, tem novos arquivos acrescidos, fruto das alterações que são aprovadas no legislativo a pedido do Executivo Municipal. Há que se mobilizar para a apresentação simplificada e adequada dos PPAs, de modo que os membros das instâncias participativas possam acessar documentos amistosos para consulta e acompanhamento, não necessitando, como ocorre atualmente, recorrer aos técnicos para deslinde dos seus conteúdos.

Quando acontece um descompasso entre as reivindicações inscritas no PPAG e o que é efetivamente implementado pelos governantes, como verificado nos resultados da pesquisa, algum mecanismo de mediação deve ser implantado, mantendo o diálogo população-governo. As prestações de contas, prevista em lei e realizadas pelo governo municipal junto à Câmara Municipal, deveriam ser obrigatoriamente realizadas também perante os conselhos de políticas públicas. Ao citar os conselhos de políticas públicas, particularmente o CMS-BH, destaca-se a sua qualidade de instituição deliberativa do controle social da saúde, que aprova o plano municipal de saúde, o qual deveria constituir a base do PPAG. De nenhuma forma se pode diminuir a importância conferida a outras instituições participativas que possam contribuir como alternativas de consulta popular na cidade, como pretendeu o PPR. De nenhuma forma também pode o PPR

d http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/

substituir o papel constitucional do CMS-BH. Esse fórum paritário é a arena política da saúde para o debate e deliberação final e frente ao qual a gestão municipal deve prestar esclarecimentos sobre como atendeu, na prática, as prescrições expressas no PPAG.

Embora formais e legais, os planos municipais de saúde, que são fruto de processos deliberativos orquestrados nos conselhos municipais de saúde, mesmo assim, não tem o seu produto (o PMS) convertido em uma lei. No caso do PPAG, o devido processo legislativo aprova e transforma em lei a proposição enviada à Câmara Municipal, definindo assim para a cidade o estatuto legal para o cumprimento daquilo que o prefeito eleito apresentou como promessa de campanha.

Não se pode desconsiderar, muito menos dispensar, os mecanismos atualmente existentes de prestação de contas exigidas pelo Ministério da Saúde por meio dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG)[e]. Entretanto, seria de grande importância uma prestação de contas pelo Executivo Municipal sobre uma lei aprovada (no caso a do PPAG) junto ao CMS-BH.

Evidentemente, a sociedade vive processos políticos nos quais não só as leis fazem parte. Em um mundo globalizado, o município sofre as influências do quadro econômico nacional e internacional. Quando o Executivo apresenta à Câmara Municipal a sua proposta do PPAG, isso se dá num devido contexto político e econômico. Ao prestar contas sobre o cumprimento, ou não, das suas metas, caso não tendo sido satisfeitas as premissas necessárias para que os produtos tivessem sido entregues, é bastante natural que existam processos políticos que venham explicar e, se necessário, retificar as pactuações anteriores, envolvendo o próprio governo municipal e a IP respectiva, no caso o CMS-BH.

Ao se constatar que muitas das proposições do PPAG não tiveram seus produtos efetivados, deve-se ter a compreensão de que esse fato poderá prejudicar a população de alguma forma. Consequentemente, as IPs poderão confirmar, dar forma, traduzir, representar e mediar junto ao governo a sua efetividade, confirmando, ou não, se os planos que o governo elaborou aconteceram a contento. Mas como falamos do tema saúde, que é inserido entre as principais prioridades da população, destaca-se que no momento em que se finaliza este trabalho, o país e a cidade vivem uma grave crise econômica e política, com contingenciamentos orçamentários diversos, além de se perceber fortes indícios de tentativas de desconstitucionalização das garantias e conquistas constitucionais obtidas com o SUS. O não cumprimento de metas na saúde fica flagrante, tratando-se de grave violência institucional ao não atender às necessidades básicas da população.

Deve-se ressaltar, finalmente, que o PPR teve vida curta, particularmente no tocante aos ciclos de contato da gestão municipal com os seus participantes, o que aconteceu entre junho de 2011 e junho de 2012. Se não aconteceu junto ao CMS-BH o devido

e O RAG é a expressão anual do Plano Municipal de Saúde, ambos exigência do Ministério da Saúde, que deve ser analisada pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde.

retorno em face da prestação de contas do ano de 2014 do PPAG, tampouco isso se deu num novo ciclo previsto de retornos do próprio prefeito junto aos territórios consultados. Torna-se curioso perceber que, apenas em agosto de 2015, pouco mais de três anos passados da última atividade pública do PPR, portanto, sem qualquer cadenciamento cronológico, o prefeito buscou retornar ao processo iniciado, movimentando internamente toda a gestão municipal na coleta de dados sobre como se desenvolveram as propostas aprovadas naquele período. Caberá aos participantes do PPR indagar ao prefeito o lapso de tempo ocorrido sem manifestações ou pronunciamentos oficiais a respeito e as suas reais intenções com essa tardia atitude.

Referências

1. Banco Mundial. *Relatório Nº. 36601-BR.* Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. 15 de fevereiro de 2007. Belo Horizonte; 2014. [Acesso em: 15/06/2015]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&lang=pt_BR&pg=7122&tax=17948.
2. Vaz ACN. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: Pires RRC. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil*: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011; p.91-108.
3. Almeida DCR, Cunha ESM. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: Pires RRC (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil:* estratégias de avaliação. Brasília: Ipea;2011; p.109-124.
4. Faria CF, Ribeiro UC. Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo. In: Pires RRC (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil*: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011; p.125-136.
5. Faria CF. Estado e organizações da sociedade civil no Brasil contemporâneo: construindo uma sinergia positiva? *Revista Sociologia Política*. 2010 jun; 18(36):187-204.
6. Hevia F, Isunza E. La perspectiva da interfaz aplicada a las relaciones sociedad civil-Estado en México. In: Sanches JA. (Cord.). *La democratización frustrada*. Veracruz: CIESAS, 2010.
7. Santos Junior OA. Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
8. Tatagiba LF. Democracia e participação nos conselhos gestores. Entrevista a Luiz Sugimoto. Jornal da UNICAMP. 2008 dez; 23(418);6.
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Belo Horizonte, Infográficos, Dados gerais do município. [s.d.] [Acesso em 15/06/2015]. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=310620.
10. Fundação João Pinheiro. *Produto interno bruto dos municípios de Minas Gerais.* 2010. [Acesso em: 15/06/2015]. Disponível em: http://www.fjp.mg.gov.br/index. php/docman/cei/pib/pib-municipais/164-informativo-pib-municipios-mg-2010/file.
11. Oliveira AMC, Pereira PCM, Dallari SG, X Conferência Municipal de Saúde Conselheiro Evaristo Garcia: a experiência democrática de Belo Horizonte. *Revista Saúde em Debate*. 2012 jan/mar; 36(92):41-8.

12. Abreu MF, Garcia MMF, Poznanski F. Planejamento participativo regionalizado (PPR). Ampliando a participação em Belo Horizonte - MG. Anais da Conferência do Observatório Internacional de Democracia Participativa, Porto Alegre, Porto Alegre: Observatório da Cidade de Porto Alegre; 2012. 11p. [Acesso em 15/06/2015]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/ planejamento_participativo_regionalizado_bh.pdf.
13. FREIRE P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
14. Matus C. *Política, planejamento e governo*. 3. ed. Tomo I. Brasília: IPEA; 1997.
15. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Programa de Apoio à Elaboração e Implementação dos PPAs [Planos Plurianuais] Municipais - 2014-2017. Agendas de Desenvolvimento Territorial. 2013. [Acesso em 15/06/2015]. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/ppa/2013/130411_agendas_des_ter.pdf.
16. Silva MK. Dos casos aos tipos: notas para uma apreensão das variações qualitativas na avaliação das instituições participativas. In: Pires RRC (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil*: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011; p.233-46.
17. Vaz ACN, Pires RRC. Comparações entre municípios: avaliação dos efeitos da participação por meio de pares contrafactuais. In: Pires RRC (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil*: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011; p.247-62.
18. Avritzer L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires RRC (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil*: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011; p.13-28.

Capítulo 7

A EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DO USUÁRIO-GUIA EM VÍTIMAS DE TRAUMA A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E USUÁRIOS

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad
Ana Cristina Magalhães Mesquita
Alzira de Oliveira Jorge
Kênia Lara da Silva

O Sistema Único de Saúde (SUS) é produto da discussão e de longa e contundente mobilização política de intelectuais, militantes, gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil, que teve como marco a busca por um sistema de saúde universal, equânime, resolutivo e com participação popular. Possui como marco fundamental sua incorporação na Constituição de 1988, em texto que define a saúde como direito de todos e dever do Estado. Contempla como princípios a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Esta última é pensada na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde[1].

Em sua trajetória de quase 30 anos de criação, o atual sistema de saúde brasileiro já registrou momentos de intensos avanços, marcados por programas e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira. Entretanto, ainda vive muitos desafios a serem enfrentados[2].

Entre os desafios, alguns conceituados autores discutem a relevância da integralidade do cuidado como garantia do direito à saúde. O direito à saúde não se limita a um rol básico de serviços, já que cada indivíduo tem suas necessidades em diferentes situações e complexidades. Dessa maneira, a garantia do direito constitucional à saúde está

atrelada à observância do princípio da integralidade, que prevê a resolução de todas necessidades de saúde dos usuários, independentemente do nível de complexidade[3].

A fragmentação do cuidado e falta de comunicação com a rede assistencial são fatores que vêm se tornando dificultadores para a realização da prática integral de saúde[4]. Nenhum ator ou componente da rede dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde com garantia de cuidado integral e holístico. Para tanto, as soluções devem ser compartilhadas e discutidas em conjunto[2].

O atual sistema de saúde, organizado por níveis de atenção, não tem dado conta de garantir o acesso e as necessidades de saúde da população no tempo oportuno e com a eficiência e eficácia requeridas. Críticas são direcionadas para essa maneira de organização do sistema, que proporciona processos de trabalho dependentes de especialistas, ligados à matriz biomédica e com fluxos formais de referência e contrarreferência que criam obstáculos à circulação dos usuários, devido a inúmeros procedimentos burocráticos que não garantem o atendimento[5].

A continuidade do cuidado constitui-se hoje como um dos grandes desafios impostos para as equipes de saúde. Os pontos de atenção das redes formais não se relacionam entre si e, na maneira como está organizado o sistema, não há valorização dos espaços ocupados pelas redes informais que os usuários, trabalhadores e gestores vão construindo ao longo do "fazer", do dia a dia, em busca do cuidado em saúde.

As chamadas causas externas são outra questão importante que vem crescendo em grandes proporções desde o final da década de 70 e se tornou um dos mais importantes problemas de saúde pública do país. Contudo, a despeito de sua intensidade e capacidade de influir negativamente na qualidade de vida dos brasileiros, os modos de enfrentamento do problema têm sido modestos e pouco eficazes. Paulatinamente, nos últimos anos, têm se consolidado estratégias setoriais e intersetoriais para atuação, agregando esforços da esfera pública e da sociedade civil e o setor saúde tem sido, com todas as suas limitações, um campo pioneiro e estratégico para a identificação das situações do cuidado às vítimas e de produção reflexiva e crítica sobre esse fenômeno[6].

Minayo e Deslandes observaram em seu estudo que a desospitalização, reabilitação e reinserção social de pacientes vítimas de trauma é um desafio a ser vencido na conexão entre as Redes de Atenção à Saúde e a Linha de Cuidado ao Trauma. Ao propor o cuidado integral a esse usuário, desde a sua entrada nas emergências até a sua reabilitação e reinserção social, fortalece-se a necessidade de se pensar esse indivíduo para além do momento da urgência/emergência[6].

Diversos autores defendem que o enfrentamento desses desafios descritos exige a mudança dos modelos de atenção e gestão em saúde, que objetive ofertar práticas de cuidado integral, humanizadas, contínuas e alinhadas às importantes mudanças no

perfil demográfico e epidemiológico, decorrentes da tripla carga de doenças: infecto-parasitárias, crônicas e causas externas, que têm gerado grande demanda e sobrecarga no sistema de saúde[7,8] .

Isso posto, investigou-se a oferta de serviços e continuidade do cuidado para o atendimento de urgência, reabilitação e reinserção social de vítimas de trauma nas redes de atenção à saúde de Belo Horizonte, município que possui um sistema de saúde consolidado, no qual 85% da sua população são cobertos pelo Programa de Saúde da Família.

Mediante o reconhecimento do desafio de garantir a continuidade e transferência do cuidado a partir dos dispositivos da contrarreferência e do plano terapêutico singular para esses usuários, foram formuladas as seguintes perguntas orientadoras: como se configura a oferta de serviços na rede de Belo Horizonte e a continuidade de cuidados a pacientes vítimas de trauma, egressos de um grande hospital de trauma? Qual é a percepção desses usuários, seus familiares e profissionais de saúde sobre o atendimento de suas necessidades de saúde, visando à reabilitação e reinserção social?

Elaborou-se estudo que teve como objetivo geral descrever a construção das redes vivas a partir da perspectiva do usuário e/ou seus familiares e profissionais de saúde, tendo como referencial metodológico o usuário-guia no seu percurso em busca do cuidado.

Para atingir tal objetivo foi utilizada a metodologia do usuário-guia. Essa metodologia trabalha com os encontros forjados pelo trabalho vivo em ato, nos encontros dos atores usuário, familiar, trabalhador, gestor, no campo em busca do cuidado. É a construção das redes vivas. Esses encontros foram os disparadores da pesquisa e permitiram, sob a perspectiva dos sujeitos, a análise de processos de trabalho de algumas equipes de saúde, a identificação de protagonismos entre os atores, a interação entre os equipamentos sociais e estações de cuidado da rede na busca da continuidade do cuidado e na reconstrução de memórias que, de alguma forma, estão envolvidas com o cuidado do usuário. O presente capítulo se constitui de um relato da experiência no qual as autoras descrevem a vivência do manejo da ferramenta dessa metodologia, que proporcionou encontros construtores de redes e de saberes.

O Uso da Metodologia do Usuário-Guia Como Ferramenta para Construção de Redes Mais Vivas

A metodologia do usuário-guia pode ser compreendida como o relato da produção do cuidado ofertado a um usuário acompanhado por um ou mais serviços de saúde. Esse relato é entendido como a narrativa dos encontros[9]. São iniciadas a partir do encontro que acontece entre trabalhador de saúde e usuário. Desse ponto em diante, são contemplados todos os outros encontros que perpassam ou são disparados mediante uma relação de cuidado inicial. Nessa perspectiva estão incluídos os encontros entre o usuário e outros

profissionais de saúde, sua família, seus cuidadores, outros serviços de saúde, outros dispositivos sociais como comunidade, amigos, pessoas ou entidades envolvidas no cuidado, etc. Dessa forma, traçam-se os encontros dos encontros e constrói-se uma rede cartográfica de pessoas e serviços envolvidos no cuidado necessário a determinado usuário.

Nesse sentido, entende-se que a produção do cuidado não se limita à realização de procedimentos técnicos e não se dá na relação apenas entre o usuário e o trabalhador. Outro ponto importante quando se lida com essa forma de construir conhecimento em saúde é produzir uma narrativa que tenha como referencial o usuário, portanto, uma descrição do usuário centrada, cujo produto é uma cartografia de como o cuidado e os encontros com este se produzem.

Assim, o usuário-guia apresenta-se como uma possibilidade de análise no qual ele é a principal referência para o entendimento do complexo processo de produção do cuidado em saúde.[9]

Atribui-se ao termo "cuidado de saúde" ou "cuidado em saúde" um sentido já consagrado no senso comum para descrever um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo acompanhamento. Ayres (2009) propõe tratar do cuidado como:

[...] uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade[10,p.42].

O usuário-guia, ao percorrer a rede, encontra diversos sujeitos envolvidos na sua produção do cuidado. Ao chamar todos esses sujeitos para a cena, é enriquecido o debate e também ampliado o entendimento sobre o cuidado em saúde, pois se passa a compreender que o usuário não se limita ao que é ofertado pelos serviços de saúde. Incluir esses diferentes saberes e esses vários mapas que compõem o cuidado em saúde é muito importante para compor a cartografia. Perceber as formas que o usuário utiliza para lidar com a sua vida, com seus problemas de saúde, é fundamental para ampliar-se o modo de trabalhar. Sendo assim, no acompanhamento do usuário, é importante ressaltar os modos de existência deste, ou seja, como ele vive, por onde circula, o que ele considera importante. Os modos de existência do usuário são tão ou mais importantes para o cuidado do que seu diagnóstico. Da mesma forma, deve-se atentar para como as equipes de saúde decidiram cuidar.[9]

Essa metodologia entende a memória como fonte potente para se pensar os processos de trabalho. Ao recordar, a memória atualiza-se no presente, já que não é estática, sempre muda. Ela se transforma conforme o momento em que se recorda, conforme a

relação que se estabelece. A recordação do passado é uma produção dos sujeitos em contato com o outro, contato que se dá nas relações do próprio trabalhador, de outros profissionais da equipe, dos usuários e de outros sujeitos, como familiares e vizinhos, que foram envolvidos na produção do cuidado[9].

Ou seja, uma concepção de pesquisa/análise que possa trazer o usuário para a centralidade da produção do saber, mas não o olhar para ou pelo usuário, e sim o olhar próprio dele, sua perspectiva, o ponto de vista ao qual ele pertence, permitindo-se percorrer seus caminhos, seus trajetos, não o tomando pela mão, mas se deixando levar por ele, permitindo que aconteça o usuário como guia[11]. O usuário-guia, como uma forma de ir além do "caso clínico", do "caso traçador", além das gerações de metodologias qualitativas que avançam, mas sem um deslocamento, um "descentramento" do lugar do pesquisador.

Como base teórica, utilizou-se o conceito de redes vivas. Essa ideia aposta na mobilidade e no protagonismo do usuário e acredita que a base territorial para as unidades de saúde faz sentido se ela refletir a territorialização de rede social dos indivíduos, suas reais necessidades de acesso aos serviços de saúde. Faz um convite ao olhar integral e holístico do profissional de saúde, integrando o saber do usuário e sua percepção sobre o processo saúde x doença, reconhecendo e valorizando a existência de um "agir leigo" produtor de mundos, quase sempre invisível ou não valorizado por gestores e profissionais de saúde[12].

Essa proposta rompe com o sistema hierarquizado e tradicional de rede, ligado às tecnologias duras e leve-duras e vislumbra uma possibilidade de múltiplas entradas em uma perspectiva horizontal e circular, na qual os usuários teriam livre acesso de acordo com suas necessidades, desenhando fluxos e formando uma "malha de cuidados ininterruptos" organizados de forma progressiva.

Para a utilização da metodologia do usuário-guia, buscou-se inspiração na pesquisa "Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz, quem usa", que tem como coordenador nacional o Professor Dr. Emerson Merhy e como coordenadora em Minas Gerais a Professora Drª. Alzira de Oliveira Jorge, ambos autores de textos que tratam do assunto.

Buscou-se, portanto, à luz de vários conceitos utilizados pela pesquisa Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), trabalhar com a metodologia do usuário-guia e perceber sua potência na discussão da continuidade do cuidado para os pacientes pós-internados por trauma, identificando os caminhos pelos quais esses usuários trafegam para buscar o atendimento de suas necessidades e construir as redes vivas a partir dessas.

Investigou-se, por meio de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, dois usuários que receberam alta após um período de internação hospitalar, cuja porta de entrada foi o serviço de urgência e emergência. Pretendeu-se entender como se dá a

regulação, a chegada dos usuários nos serviços após sua hospitalização e a continuidade do seu processo de cuidado em saúde. E, da mesma forma, perceber como se dá na prática a efetivação da implantação da linha de cuidado do trauma a partir de seu atendimento inicial na rede de atenção às urgências no SUS.

Sobre a escolha do usuário-guia, é importante que a decisão seja coletiva, discutida com sua equipe, podendo partir do questionamento de quais casos mais têm mobilizado a equipe ou quais usuários demandam mais da equipe, não só pelo alto grau de complexidade e necessidade de disponibilizar uma série de recursos e equipamentos tecnológicos para o tratamento. Mas, também, e principalmente, casos que exijam a mobilização de vários tipos de saberes, tanto os saberes de distintos profissionais, como também o saber dos usuários e a consideração de suas escolhas de vida[9].

A proposta metodológica da pesquisa é explorar as linhas e traçados por onde o sujeito pesquisador faz sua investigação. Trata-se de uma pesquisa cujo próprio processo de investigação e implementação modifica e atua sobre, a todo o instante, objeto e sujeito da pesquisa, desfazendo assim a separabilidade canônica de objeto pesquisado e sujeito pesquisador. Os resultados da pesquisa são os efeitos da investigação naquilo que se pretendeu estudar que produz interferências e ruídos no próprio objeto da pesquisa[12].

A reconstrução da trajetória assistencial foi disparada pelos relatos dos usuários e dos familiares, combinados com informações coletadas por profissionais de saúde. Isso culminou em um rico banco de dados que, quando comparado aos dados trazidos pelas fontes documentais, como prontuários e sumários de alta, chamaram a atenção a incomparabilidade e incompletude das informações geradas por essas fontes oficiais. Isso se deveu ao frágil diálogo que muitas vezes se pôde perceber entre a equipe, os familiares e usuários e ainda à incipiência dos registros por parte das equipes.

Foram questionadas e observadas todas as interações do usuário, familiares e profissionais com os diversos equipamentos formais, informais e sociais da rede, na busca pelo cuidado, considerando sua perspectiva quanto aos acessos como produção de vida e barreiras existenciais, que vão além de algo físico-geográfico.

Realizaram-se entrevistas/conversas em profundidade com cada sujeito: usuários e seus familiares e trabalhadores de saúde das equipes cuidadoras. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente pelas pesquisadoras. Dúvidas que surgiram em relação ao conteúdo das entrevistas foram sanadas mediante contato telefônico, correio eletrônico e nova visita à unidade de saúde ou casa do usuário/familiar. Algumas dessas conversas foram feitas em grupo, sejam dos familiares ou dos trabalhadores, em que alguns acrescentavam e conversavam sobre detalhes do cuidado ou problemas vivenciados no cuidado a esses usuários.

O conteúdo das entrevistas foi analisado por categorias segundo a técnica da análise de conteúdo de Bardin[13] e a partir da riqueza dos dados obtidos dos encontros possibilitados pela metodologia do usuário-guia, tendo sido possível a definição de alguns núcleos temáticos que foram categorizados como: vinculação dos usuários-guia e seus familiares com as equipes de saúde da família; capacidade de cuidado dos familiares e a percepção destes acerca das condições de saúde dos usuários-guia; empoderamento dos usuários-guia e seus familiares na garantia do direito à saúde; continuidade do cuidado; existência de movimentos e/ou momentos de redes vivas no acompanhamento dos usuários-guia; e coordenação e responsabilização do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Sob o olhar dos usuários e seus familiares, discutiram-se a vinculação de equipes de saúde da família e usuários, a continuidade do cuidado e a longitudinalidade, o empoderamento dos sujeitos, acesso e resolutividade, além da percepção dos sujeitos para o autocuidado. Pode-se encontrar como achados fragilidades nos processos como um todo, resultando em ausência de integralidade no cuidado oferecido aos usuários, já que a sua garantia está relacionada a se proporcionar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação que transversalizem todos os níveis de atenção à saúde e complexidade, de maneira intersetorial, multiprofissional, transdisciplinar, de forma a garantir todas as necessidades que os sujeitos venham a apresentar.

Evidenciou-se a fragilidade do vínculo entre as equipes e os usuários. O trecho a seguir é um exemplo que retrata a ausência de vinculação entre a usuária, seus familiares (como seus cuidadores) e a equipe de saúde da família, e o mesmo se repete em relação aos trabalhadores.

A usuária em questão fez dois anos de acompanhamento com a mesma equipe para tratamento de hipertensão arterial crônica, tendo sofrido uma queda da própria altura com traumatismo cranioencefálico que causou várias sequelas neurológicas e motoras. No momento da alta, a família transferiu a usuária para outro endereço, aos cuidados de uma nova equipe de saúde da família, ignorando todo o histórico já construído anteriormente.

[…] O posto eu não sei o nome… como tá lá perto da casa da minha irmã eu não sei o nome. A minha irmã sabe. Depois eu posso ligar pra ela e perguntar. A minha irmã já usava e a minha mãe não porque ela usava o do bairro dela. Agora pra ter esses cuidados, esse iniciozinho que ela precisava de ter alguém mais cuidadosa, né, mais assim, tá mais atento, então foi para a casa da minha irmã […] (Trechos da entrevista da filha da usuária Maria, do dia 22/01/2016).

A descontinuidade do cuidado presente em muitos momentos é contraposta pela ação cuidadora e protagonista dos familiares.

[…] Outra coisa que deu certo foi a organização da família, todo mundo querendo cuidar dela, cada um ajudando como pode, eu mais financeiramente, corren-

do atrás do financeiro, das coisas pra ela, um médico, uma fralda, um remédio. Ela morou com uma irmã e depois com a outra. Todo mundo cuidou do seu jeito […] (Trecho da entrevista da filha da Srª. Maria, do dia 31/05/2016).

[…] orientou então alguns exercícios que temos que fazer com ela de manhã e a comprar uma almofada. Alguns cuidados de a gente precisa ter para evitar as escaras, né? Eu já providenciei essa questão da almofada, para o bem-estar, um apoio pra mão, bolinha pra ela mexer, né, e não ficar muito parada, mas aí na medida do possível a gente vai tentando melhorar o bem-estar dela, mesmo nessa condição difícil […] (Trechos da entrevista da filha da usuária Maria, do dia 12/04/2016).

A incipiência da formação de redes com recursos capazes de acolher e resolver as necessidades dos usuários vítimas de trauma, que têm sequelas reabilitáveis e necessitam de reinserção social, também foi observada em ambos os casos.

[…] eu sei que ela tem esse direito, de receber esses cuidados, mas esses cuidados eles vêm, na maioria das vezes… como eu vou dizer… meia-boca ou então assim, "olha, espera que um dia esse cuidado vem. Estamos fazendo o possível para atender, mas no momento é o que tem é isso, é a espera, a espera, a espera e a espera ela gera ansiedade, porque a gente precisa, a gente quer ver as coisas funcionando, quer ver um progresso, quer que haja um progresso, mas se é tudo moroso, como que a gente vai ver a coisa acontecer, a coisa fluir, ela evoluir, né? […] (Trecho da entrevista da filha da paciente Maria, do dia 11/04/2016).

Observou-se a riqueza dos encontros, do trabalho vivo, forjado em ato, nos quais as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores, em alguns momentos com mais força e potência, em outros menos. Há momentos em que a rede é "morta", desconstrói e o usuário ou trabalhador precisam procurar outros caminhos para seguir.

Em relação aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, foi possível percebê-los também como produtores de rede vivas nos seus encontros com os usuários em busca do cuidado. Movimentos ou momentos de redes vivas surgiram como forma de suprir deficiências assistenciais e de suporte logístico, tais como: ausência de articulação do cuidado para uma alta responsável, insuficiência na oferta de transporte institucional para o atendimento domiciliar, dificuldades relatadas pelos profissionais para o acompanhamento domiciliar frequente e ausência de equipe de atenção domiciliar.

Quanto à continuidade do cuidado, na perspectiva dos trabalhadores, também percebemos grandes entraves para sua consolidação, principalmente no tocante à oferta de acompanhamento domiciliar frequente e sistemático pelos profissionais da APS. Tal dificuldade é mais presente na reabilitação física e funcional no domicílio. Nesse sentido, apurou-se que a APS não está fortalecida para ofertar o cuidado necessário a pacientes com tamanha complexidade.

Em relação à coordenação, responsabilização e vínculo do cuidado pela APS, verificou-se que as deficiências na organização dos serviços, na infraestrutura de recursos humanos e em logística geram redução da capacidade do sistema em prover integralidade da atenção à saúde. Por outro lado, também existem deficiências relacionadas ao trabalho em equipe e multidisciplinar.

Foi possível ver que parte do processo de construção das redes, que ocorre no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores, em alguns momentos tem mais força e potência e em outros muito menos capacidade e potência. Evidenciaram-se a fragilidade do vínculo entre as equipes e os usuários, a descontinuidade do cuidado presente em muitos momentos, contraposta à ação cuidadora e protagonista dos familiares. Além disso, observou-se a incipiência da formação de redes vivas com recursos capazes de acolher e resolver as necessidades dos usuários vítimas de trauma, que têm sequelas reabilitáveis e que necessitam de reinserção social.

Considerações Finais

Os dois usuários-guia escolhidos atuaram como sementes da pesquisa e, portanto, escolhidos pela sua fecundidade, seguiu-se o seu brotamento para traçar as redes de cuidado estruturadas a partir das relações e dos encontros. Dessa forma, buscou-se encontrar as conexões estabelecidas no dia a dia do cuidado entre trabalhadores e usuários, para vencer a estrutura fechada das redes formais de atenção à saúde e das linhas de cuidado e, com isso, conseguir suprir uma necessidade de saúde singular ao paciente acompanhado.

Esses encontros os alteram, os afetam, sejam usuários, trabalhadores ou outros sujeitos envolvidos nos encontros, modifica-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo. A utilização da metodologia do usuário-guia possibilitou às pesquisadoras a oportunidade de viver a riqueza dos encontros produtores de cuidado para além dos registros obtidos nos bancos de dados. Exploraram-se as conexões do usuário com os profissionais, familiares e destes com as redes formais e informais, gerando uma gama de possibilidades, que é o tramado, são os nós das redes existenciais.

Essas facetas não devem estar dissociadas, o usuário e o trabalhador precisam conhecer a totalidade das informações contadas, seja pela perspectiva e olhar dos técnicos, seja pela perspectiva dos usuários envolvidos no cuidado. Captar essa realidade é também perceber o seu subjetivismo, sem juízos morais ou de valores, uma vez que deve ser realizada procurando atentar para a imensa riqueza de detalhes que cerca o modo de produzir cuidado.

A realização de entrevistas/conversas em profundidade para a observação dos brotamentos dos rizomas na rede, definidos pela riqueza das conexões traçadas pelos sujeitos em busca do cuidado, trouxe e mostrou infinitas possibilidades de busca e

análise de dados novos, já que o mundo da vida se constrói e é forjado em ato, nos encontros produtores de cuidado.

A metodologia do usuário-guia possibilitou ir além dos registros dos bancos de dados e incluir a perspectiva do usuário, dos familiares e dos trabalhadores. A realização desses encontros no contexto de vida dos usuários possibilitou, entre outras coisas, vivenciar como se constroem seus modos de andar a vida e suas redes existenciais. Ao observar os usuários-guia no processo de ir e vir nos diversos encontros de suas existências, captou-se serem possíveis o enriquecimento e a ampliação do nosso olhar sobre a complexidade do cuidado em saúde no mundo. Ao mesmo tempo, incorporaram-se saberes e expandiram-se possibilidades a respeito do projeto terapêutico singular, em especial para pacientes tão complexos e com exigências grandes de cuidados no pós-alta.

Concluiu-se que a metodologia do usuário-guia permitiu às autoras a análise do brotamento das relações e da intensidade da produção singular do cuidado. Na riqueza desses encontros, do trabalho vivo forjado em ato é que as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores. Essa metodologia inovadora permite se fazer pesquisa descobrindo o colorido e a riqueza das relações cotidianas.

Referências

1. Carmo M. O desafio de uma gestão democrática e descentralizada. In: Magalhães Junior HM. (Org.). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte:* a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010.
2. Souza GCA, Costa IC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Revista Saúde e Sociedade.* 2010; 19(03):509-17. [Acesso em: janeiro de 2016]. Disponível em: file:///C:/Users/Jose/Downloads/29666-34469-1-PB%20(2).pdf.
3. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade. 2012. [Acesso em: setembro de 2015]. Disponível em: http://www.scielosp.org/ pdf/icse/ v16n40/aop1812.pdf.
4. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu),* 2010 set; 14(34):593-605. [Acesso em: setembro de 2015]. Disponível em: http://www.scielosp.org/ pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf.
5. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública..* 1997 set; 13(3):469-78. [Acesso em: 20.julho.2016. Disponível em: http://www.scielosp.org/ scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso. http://dx.doi. org/ 10.1590/S0102-311X1997000300022.
6. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(5):1641-49.
7. Brasil. Organização Pan-americana da Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. *Demografia e saúde:* contribuições para analise da situação e tendências. Brasília. Organização Pan-americana da Saúde; 2010. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). (Série Informe de Situação e Tendências). [Acesso em: 24 mar. 2014]. Disponivel em: http://www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=276.

8. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde. Revisita e atualiza o tema. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012 out-dez; 21(4):529-32. [Acesso em: 24 mar. 2014]. Disponivel em: http://dx.doi.org/ 10.5123/S1679-49742012000400001.
9. EPS Em Movimento. *Usuário guia*. 2014. [Acesso em: 24.08.2016]. Disponível em: http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia.
10. Ayres JRCM. *Cuidado:* trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009.
11. Moebus RN, Merhy EE, Silva E. O usuário como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Cruz KT et al (Orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:* Surpreendendo o instituído nas redes. [No prelo.]
12. Gomes MPC, Merhy EE. *Pesquisadores IN-MUNDO*: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, 70 ed; 1979.

Capítulo 8

PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO SUS

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro
Elza Machado de Melo
Victor Hugo Melo

Introdução

No Brasil, pensar caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.[1] Nos anos 70, os movimentos sociais e o Movimento de Reforma Sanitária foram determinantes para o processo de amadurecimento de um novo sujeito social, consciente dos deveres e direitos de cidadania e da importância de sua participação no cotidiano para transformação da sociedade.[2] A utilização do conceito ampliado de saúde e a participação social tornaram-se essenciais para o desenvolvimento das práticas de atenção à saúde.[2] Com a estruturação de um novo modelo de Atenção à Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se um potente protagonista e agenciador de mudanças.

Os mecanismos democráticos são utilizados com o intuito de potencializar o envolvimento das comunidades na eleição dos temas prioritários, na tomada de decisões, na execução e no monitoramento dos projetos desenvolvidos. Dessa maneira, a realização de práticas democráticas resolutivas na sociedade potencializa o controle social, uma vez que a participação não é simplesmente um conteúdo teórico que se transmite somente, tampouco uma habilidade que se possa adquirir pela repetição de ações, mas sim um

entendimento e um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão[3]. Com a participação social ganhando espaço nas agendas das Políticas Públicas de Saúde, o setor passa a ser um importante aliado para a promoção e a ampliação de ações de intervenções no cotidiano da população. Nessa perspectiva, pensar em promover a prevenção e o enfrentamento da violência na sociedade requer compreender também o processo de participação social no SUS e seus desafios.

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma reflexão sobre os desafios encontrados no processo de participação social no SUS e a importância de estratégias, na promoção de saúde, no enfrentamento e na prevenção da violência. Trata-se de um trabalho de revisão, para o qual foram selecionadas publicações a partir do ano 2000 entre os artigos disponíveis no Portal CAPES. Os descritores utilizados foram: "participação no SUS"; "violência (prevenção e controle)"; e "promoção de saúde no SUS". Foram identificados 1.342 artigos e selecionados, a partir das três palavras-chave, 145 artigos. Após a leitura, foram selecionados 33 artigos. Foram incorporadas também as políticas públicas no Brasil, assim como os documentos e orientações de agências e conferências nacionais e internacionais que se ocuparam dos temas estudados. Por fim, foram incorporados textos utilizados para discutir a questão da promoção da saúde e da prevenção da violência. No total, foram citadas 46 referências.

Para Contextualizar a Participação Social no SUS

Com a promulgação da Constituição, em 1988[4], a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos. Criou-se, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu uma nova forma de atenção à saúde. A partir desse marco histórico, leis e portarias foram instituídas para conduzir e normatizar uma nova prática. Na Lei nº 8.080, de 19/09/1990, chamada Lei Orgânica da Saúde[5], reafirmaram-se o princípio e a ideia de participação na produção da mesma. E com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990[6], o controle social, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das instâncias colegiadas, como a Conferência Nacional de Saúde e os Conselhos de Saúde, ambas com regimento próprio. A primeira tem periodicidade de quatro anos e é composta por diversos segmentos sociais, que devem avaliar a situação de saúde e propor diretrizes. Os conselhos, por sua vez, têm caráter permanente e deliberativo, devendo formular estratégias e controlar amplamente a execução de políticas. São compostos por 50% de usuários; a outra metade é dividida entre representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde.

O Pacto pela Saúde, definido pela Portaria 399/2006[7] do Ministério da Saúde, comprometeu os gestores públicos a priorizarem o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira[7]. De seus três componentes (Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão) destaca-se o Pacto em Defesa do SUS, por abordar

a busca pelos princípios do sistema de saúde e por ser o mais voltado para a participação social. O Pacto de Gestão também aborda esse tema, reiterando a importância da participação e do controle social e comprometendo-se com a qualificação do SUS.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde[8] foi criada com a intenção de informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres como usuário do SUS. Nela, destacam-se seis princípios de cidadania, contidos na legislação. Quanto à participação e ao controle social, o documento declara o direito de acesso às instituições, em que podem ser feitas sugestões, reclamações e denúncias, além do direito de participar de conferências, conselhos de saúde e conselhos gestores, seja como representante, seja indicando seus representantes.

A Política Nacional de Gestão Participativa (PNGEP) – PARTICIPASUS – [9] ressalta a importância de práticas e mecanismos que formulem e deliberem coletivamente políticas em saúde. Considera um desafio efetivar a participação popular, que deve ser alcançada por meio da ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. Quanto à ouvidoria, a política propõe a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta da população. Em relação à auditoria, há uma preocupação com as ações preventivas, com a qualidade de assistência e com a gestão de análise dos resultados, além da garantia do acesso e da atenção aos usuários. O monitoramento, avaliação e controle da gestão do SUS são tidos como forma de qualificação da gestão do sistema e como importante eixo para a integração de todos os outros.

Em 23 de maio de 2014 foi publicado o Decreto nº 8.243/2014[10], que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. No decreto, destaca-se a participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia e a consolidação da participação social como método de governo. Foi instituído o Comitê Governamental de Participação Social (CGPS), para assessorar a Secretaria Geral da Presidência da República no monitoramento e na implantação da PNPS e na coordenação do SNPS. Esse decreto tem motivado discussões nas bancadas políticas e na sociedade, mas não se pode negar que ele reafirma a necessidade da participação social e estimula a participação dos conselhos, movimentos sociais e a população em geral nas decisões governamentais.

A partir desta síntese histórica, pode-se constatar que existem diversos documentos já institucionalizados. Contudo, a participação ainda se apresenta incipiente e pouco executada no cotidiano da saúde pública no país. Nos artigos estudados, o tema participação no SUS foi assinalado de forma destacada, onde se podem observar problemas que convergem e se relacionam à constituição, à organização e à necessidade de fortalecer o funcionamento dos espaços institucionalizados de participação social,

denominado, na área da saúde, de controle social. A maioria dos autores identificou três categorias a serem investigadas: a) ausência de informação e conhecimento sobre as legislações vigentes; b) identificação de equívocos encontrados nas estruturações dos espaços instituídos, fragilizando seu funcionamento; c) estratégias propostas para o fortalecimento da participação social que possam ancorar e fortalecer a atuação nos espaços institucionalizados. Sobre o primeiro ponto verificou-se que em vários estudos foi relatada a ausência de informação e de conhecimento dos participantes sobre as bases legais e a ideologia da participação social em saúde, o que é indicado como um importante complicador que fragiliza o funcionamento e a efetivação da participação no cotidiano das cidades[3,11-16]. Ainda segundo esses autores, os conselheiros e/ou membros dos conselhos de saúde não têm claro qual é a sua função, tampouco seus direitos e deveres como representantes de uma população, e qual deve ser sua contribuição com o processo de mudança em sua comunidade.

Vazquez (2003)[16], ao estudar o processo de participação no SUS de usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil, identificou duas compreensões das ações básicas em saúde: uma com foco em ações individuais e outra com foco em ações coletivas. A primeira é a contribuição que cada indivíduo pode dar, por meio de participação em atividades diversas, em prol da comunidade. A segunda é definida a partir de ações desenvolvidas com foco no interesse coletivo, podendo envolver uma ou mais instituições, além da comunidade. Essas percepções do desenvolvimento de ações individuais e coletivas se apresentam de forma sutil no cotidiano dos serviços e, às vezes, podem ser observadas tanto no comportamento dos usuários como no dos trabalhadores. Repete-se, assim, um comportamento preexistente e que não permite a compreensão da importância de se adotar postura de reflexões mais amplas nos espaços em que circulam e coparticipam.

Outra questão levantada pelos pesquisadores diz respeito à forma de percepção da participação social nas unidades de saúde onde foi sinalizado que a participação é voltada para a utilização dos serviços, e não para o reconhecimento de mecanismos possíveis nos espaços institucionais de participação. Citam-se como exemplo os conselhos locais de saúde. Portanto, se o que se busca é a participação da sociedade brasileira na tomada de decisões relacionadas à gestão do SUS, é imperativo realizar amplas campanhas de educação à comunidade, começando pelos direitos da população e informação sobre o funcionamento do SUS[16].

O segundo ponto, largamente comentado, diz respeito aos equívocos encontrados nas estruturações dos espaços instituídos: influência do governo, privilegiando o setor privado em detrimento ao setor público; hegemonia de grupos ou de lideranças carismáticas; dificuldades de legitimação dos conselhos, em consequência à falta de paridade, baixa frequência dos membros, reduzido número de reuniões e agendas

voltadas para o próprio conselho ou pautadas somente nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Segundo esses estudos, os próprios conselheiros sinalizam preocupação com a baixa participação da comunidade e as questões relativas à organização do próprio conselho (40%)[11-15,17-21].

Outro ponto destacado é o equívoco dos representantes ao se referirem somente aos aspectos diretamente ligados à sua categoria – acreditar que a representação significa dizer e esclarecer questões do funcionamento da unidade e das ações desenvolvidas no codidiano[14]. Tal estruturação e forma de funcionamento podem camuflar outros problemas significativos na condução dos trabalhos, ou seja, a existência de uma organização centralizadora e burocratizada que dificulta o diálogo e a construção coletiva[21].

A participação em saúde tornou-se um tema fervoroso nas discussões no campo teórico, com o interesse das instâncias formadoras, potencializando de maneira direta as mudanças que se propõem no novo modelo da atenção básica de saúde. É preciso ainda avançar nessa discussão nas equipes multidisciplinares da atenção básica, destacando-se a importância do papel dos trabalhadores nesse processo para o maior envolvimento da comunidade. Isso porque a compreensão e a participação dos trabalhadores viabilizam o surgimento de espaço de diálogo e possibilita uma quebra da relação saber-poder reforçada pelos profissionais, pela academia e veículos de comunicação, em nome do *status* do saber acadêmico científico na sociedade[19]. Portanto, pode-se dizer que existe uma necessidade de "remodelagem" das relações no processo de trabalho e da relação com a comunidade.

O último ponto a ser destacado é a formulação de propostas para melhorar a qualidade e participação democrática no SUS que, se efetivadas, poderiam promover mudanças e avanços no processo de ampliação de participação. Foram nomeadas algumas estratégias práticas e outras mais amplas e gerais, tais como: divulgar mais amplamente as atividades dos conselhos municipais de saúde e convidar a população para participar do conselho; reconhecer a Estratégia Saúde da Família como parte do controle social; sensibilizar os gestores em saúde de forma a que atendam as necessidades sociais definidas pelos conselhos; estabelecer parcerias com outras instituições e entidades, intra e intersetoriais, principalmente na área de formação de recursos humanos[3,12,14,17,19,20,22,23].

A participação popular e a institucionalização dos conselhos como espaço de participação e controle social nas ações do Estado podem viabilizar a livre expressão das demandas e necessidades de saúde da população[2], uma vez que o conselho é um lugar legítimo de discussão e de resistência. A ideia é que, juntos, busquem a solução dos problemas de saúde da população[14], visto que o controle social e a cogestão atuante caracterizam instâncias potentes de decisões[23]. Só assim poder-se-á acreditar em participação verdadeira da população e que poderá contribuir para a mudança da sociedade.

Promoção de Saúde como Estratégia

O termo "promoção da saúde" aparece pela primeira vez em 1920, no contexto do final da Primeira Guerra Mundial, com o surgimento dos movimentos comunitários e das organizações de trabalhadores, que buscavam alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde e os programas educativos para a população[24]. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convocou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, e recomendou a adoção da Atenção Primária como estratégia fundamental e porta de entrada do sistema de saúde. A promoção de saúde foi referida na conferência como estratégia para melhorar a saúde das pessoas e para reduzir os custos dessa atenção[25,26]. Desde então, inúmeras iniciativas internacionais foram realizadas, propiciando novos aportes teórico-metodológicos sobre a promoção de saúde, por meio de suas respectivas Cartas – Otawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), México (1999), Bogotá (1992) e *Port of Spain* (1993), as duas últimas de menor abrangência geográfica.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária promoveu a discussão crítica do modelo de atenção à saúde, lançando as bases para a construção e a viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS) que, desde sua criação, já adota a promoção de saúde como estratégia capaz de dar foco aos determinantes do processo saúde-adoecimento: desigualdade social e exclusão, violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água[1]. A promoção da saúde se incorpora ao cuidado e, juntamente com a prevenção, recuperação e reabilitação, dá forma à integralidade do cuidado, fundamental para alcançar resolubilidade e qualidade da atenção à saúde[27].

A atenção primária é definida como eixo central da reestruturação do modelo assistencial, associada a uma nova lógica de organização dos serviços e de redefinição na atuação dos profissionais[28]. Dessa forma, o desafio consistia em propor uma política transversal, integrada e intersetorial que dialogasse com os diversos setores governamentais e não governamentais, juntamente com a sociedade, na qual todos fossem partícipes no cuidado com a saúde[1].

A promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores e visa, também, romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, bem como reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem[1]. O maior desafio da promoção de saúde é substituir o paradigma do sistema tradicional que se sustenta na doença para outro que priorize a vida e a saúde em seu conceito amplo, pautado em relações horizontais e de corresponsabilização do cuidado em saúde[3].

Nos últimos anos, a promoção de saúde vem se apresentando como estratégia favorável para enfrentar os vários problemas que afetam a população. Assim sendo,

instigar a reflexão sobre sua efetivação alarga as possibilidades de intervenções das ações desenvolvidas e propicia a aproximação da população com os serviços de saúde, abrandando, assim, as possíveis dificuldades inerentes ao cotidiano dos serviços.

Nos artigos avaliados, o tema promoção de saúde é discutido e analisado reconhecendo-se as polêmicas existentes desde o início de sua proposição e criação. Ao mesmo tempo, destaca-se sua ousadia como proposta inovadora no desenvolvimento da atenção integral à saúde da população. Entre os autores estudados, vários reafirmam o grande avanço que essa proposta pode acarretar, mas destacam também que é grande o desafio para a efetivação de sua prática no cotidiano dos serviços de saúde. Dessa forma, a proposta de promoção de saúde já surge provocando mudanças e ampliando a compreensão do conceito de saúde e a perspectiva do desenvolvimento de sua prática no cotidiano [25-33].

Alguns pontos comuns assinalados nos artigos foram os desafios que a política de promoção de saúde provocou desde a sua origem: a necessidade de avançar na superação entre práticas individuais e/ou práticas coletivas[31]; a ampliação da compreensão do processo-doença e de seus determinantes; a revalorização do social como fonte e explicação dos problemas de saúde; e os recursos a serem mobilizados para enfrentá-los[26]. Destaca-se a importância da participação, o desenvolvimento de competência, habilidades e capacitação, além do acesso à informação, como estimuladores da cidadania[34]. A promoção de saúde parece, assim, promover a autonomia do cidadão, ao evidenciar a oportunidade de mobilização e intervenção e ao promover o fortalecimento de políticas públicas que possam favorecer a sustentabilidade e a continuidade de ações que contribuam com a mudança.

Ao se fazer a reflexão sobre os desafios encontrados no processo de participação social no SUS, associando-o à importância da estratégia de promoção de saúde, observa-se que a institucionalização da política por si só não garante a efetivação das ações no cotidiano dos serviços. E, ainda, que o desenvolvimento da participação social e a promoção de saúde implicam: o conhecimento da legislação e a discussão diária do tema; o esclarecimento de qual é a função de cada membro nesse processo (trabalhador e usuários); o elucidar das consequências práticas da passagem da atenção individual para a coletiva; e, por fim, entender que melhorar a qualidade da atenção e a participação da população democrática no SUS irá refletir no cotidiano de toda a população: destaca-se o potencial da formação e educação em saúde que poderá contribuir para a mudança cultural da população e da sociedade[3,11-16] .

Prevenção à Violência na Saúde

O conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, adotado pela OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma nova concepção do conceito de saúde, para além de um enfoque centrado

somente na doença[35]. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como bem privado leva à concepção focada na assistência médica individual; na década seguinte, porém, aumenta a preocupação com a abordagem dos determinantes sociais da saúde, dando origem às comissões sociais da saúde da OMS[35]. A violência é um exemplo de problema cujo enfrentamento exige, necessariamente, a abordagem dos determinantes e a valorização do sistema de atenção à saúde como aliado capaz de promover mudanças e melhoria da qualidade de vida da sociedade.

Sabe-se que, a cada ano, mais de um milhão de pessoas morrem e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em todo o mundo, a violência é uma das principais causas de morte de pessoas em idade reprodutiva[36]. A violência tornou-se um problema mundial de saúde pública ao afetar de forma considerável o cotidiano e a qualidade de vida da população em crescente número de países e ao requerer novas estratégias diferenciadas de enfrentamento e prevenção sobre os indicadores de saúde[38]. Atualmente, a violência tornou-se tão prevista e frequente no cotidiano, que deixamos de vê-la como um evento surpresa. Sugestionados por sua presença generalizada, progressivamente temos sido levados a absorvê-la como um elemento inerente à contemporaneidade, como se fosse vocação natural do ser humano, e ligada à condição humana e à vida em sociedade[38].

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), lançada no Brasil em 2001, buscou lidar com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Nessa política, a violência é abordada como um problema de saúde pública a ser compartilhado com outros setores, por meio, principalmente, da estratégia da promoção de saúde[39]. Em 2004, foi assinada a Portaria nº 936, do Ministério da Saúde, que define e estrutura o modelo da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, voltada para a articulação de ações das três esferas de gestão – nacional, estadual e municipal – e das instituições acadêmicas e organizações não governamentais dedicadas à prevenção da violência[40].

É importante reiterar que o problema da violência não pode ser analisado a partir da investigação isolada de fatos violentos. É preciso compreender que a mesma deve ser entendida como um fenômeno em rede, com múltiplos aspectos articulados entre si. Dessa forma, não há um fator único que explique por que alguns indivíduos se comportam violentamente ou por que a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras[38].

Diante desse desafio contemporâneo, o sistema de saúde – que é a porta de entrada da população ao cuidado integral – caracteriza um cenário favorável à implantação da proposta da promoção da saúde. E esta passa a ser considerada uma estratégia de intervenção no cotidiano dos serviços, envolvendo a discussão dos determinantes sociais da saúde, inclusive a temática de enfrentamento e prevenção da violência, cuja abordagem faz-se obrigatória no mundo.

A violência é um problema complexo, com raízes psicossociais e ambientais e deve ser combatida em níveis diferentes, simultaneamente[36]. A prevenção da violência deve ocorrer de forma integrada e intersetorial, envolvendo diversas áreas além da saúde, tais como a Educação, a Secretaria Especial de Direitos das Mulheres, a Justiça, a Assistência Social, os Conselhos Tutelares, as universidades e outros parceiros, promovendo a equidade social e de sexo. Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes envolvendo, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e os que se encontram além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde[1].

Vários autores que analisaram o tema prevenção da violência identificaram a necessidade de se compreender cada vez mais esse fenômeno contemporâneo presente no cotidiano das cidades e a importância da sua inclusão na agenda da saúde. Conhecer, estudar, compreender e dialogar sobre esse tema pode significar abrir novos caminhos e possibilidades de intervenção para o enfrentamento e prevenção da violência [36,38,42-45]. Segundo Dahlberg[36], diante de um fenômeno tão complexo como o da violência, pode-se constatar que ela resulta de interação complexa de inúmeros fatores, passando por relações não somente entre os indivíduos, como também pelas suas relações sociais, culturais e ambientais. Sugere-se que um dos aspectos fundamentais para a prevenção da violência é a compreensão de como esses fatores estão interligados à sua produção.

A violência é um termo instigante e diversos autores têm se dedicado a pesquisas para melhor compreendê-lo, observando orientações pertinentes que podem contribuir para a reflexão sobre o problema e suas soluções e buscando o maior número possível de informações e conhecimento sobre o tema para identificar suas causas e valores correlatos. O intuito é utilizar essas informações para planejar, monitorar e avaliar as intervenções e, considerando a diversidade de cenário, divulgar todas as informações encontradas e eleger as ações eficientes para multiplicá-las[36].

No Sistema de Saúde Pública, as intervenções são tradicionalmente caracterizadas em três níveis de prevenção: primária, na qual as abordagens pretendem prevenir a violência antes que ela ocorra; secundária, que prevê a abordagem centrada no cuidado; terciária, que estabelece abordagens que focalizam os cuidados prolongados após a violência, como reabilitação e reintegração[38]. Portanto, um caminho já está sinalizado para que possam ser pensadas ações de intervenções, envolvendo não só os gestores, trabalhadores e usuários, mas também toda a sociedade.

Considerando a complexidade do fenômeno da violência e a necessidade de sua compreensão, não se pode deixar de citar a relevante contribuição de Melo,[41] que lança mão da Teoria da Ação Comunicativa, de Jurgen Habermas, para a discussão da violência, tendo por pauta a participação social, mediada pelo diálogo. Segundo essa autora:[41]

[…] se a raiz do problema está no comprometimento dos processos comunicativos mediadores das interações, logo, na compressão da ação comunicativa, nada mais lógico do que centrar a abordagem e a prevenção da violência na retomada desse tipo de interação. […] é recuperar em cada espaço, no cotidiano, essa competência que nos dá, a todos, a condição de sujeitos, a fala; e explorar, ao máximo, em todos os espaços, as suas potencialidades interativas[41,p.15].

De fato, quando se começa a refletir, discutir e dialogar sobre a prevenção da violência, amplo leque de possibilidades se apresenta, encorajando todos a buscarem mais recursos e soluções para lidar com essa realidade que se manifesta no cotidiano dos serviços de saúde. Para tal, é importante lembrar que os trabalhadores da saúde terão de aprender a lidar com a resolução de conflitos e ampliar sua capacidade de comunicação e diálogo[46]. Isso porque trabalhar com a prevenção à violência significa lidar com a diferença, manifestar solidariedade, tolerância e respeito, prover um cuidado atento e acolhedor e aceitar o direito à autodeterminação do sujeito sobre sua vida, uma prática ainda desafiadora para o setor saúde[46]. Percebe-se, assim, que a organização de um trabalho em rede é fundamental.

Dessa maneira, parece ser oportuna a dinâmica de buscar reflexão sobre o processo de participação social no SUS, associado à importância da estratégia de promoção de saúde no enfrentamento e na prevenção da violência. Assinala-se que a articulação transversal e longitudinal e a prática da educação permanente no SUS se apresentam como importantes aliados para a ampliação da compreensão, entendimento e percepção do fenômeno da violência. Assim, podem contribuir para o surgimento de novos caminhos a serem desenvolvidos e efetivados no cotidiano das unidades de saúde.

Considerações Finais

A participação social, a promoção de saúde e a prevenção da violência são engrenagens presentes nos Sistema Único de Saúde, coexistindo em etapas diferenciadas, de acordo com a realidade de cada localidade ou região. Compreender esse processo e observá-lo a partir dos "nós" já sinalizados pode possibilitar o "tecer" de novas tramas para fortalecer a rede de participação no SUS, a política de promoção de saúde e o enfrentamento e prevenção da violência.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc.* [online]. 2012; 21(suppl.1):138-51. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012.

3. Cotta RMM et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis* [online]. 2011; 21(3):1121-38. http://dx.doi.org/10. 1590/S0103-73312011000300019.
4. Brasil. *Constituição1988*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da Saúde. Arts. 196-200. Brasília: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. *Lei n° 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.
6. Brasil. *Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez.; 1990.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006; Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 fev; 2006. Seção 1, p. 43.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS*; ParticipaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
10. Brasil. Decreto 8.243. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNP e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências. Brasília; 23 de maio de 2014.
11. Cotta RMM, Cazal, Melo M, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2010; 15(5):2437-45. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018.
12. Bispo Junior JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na estratégia de saúde da família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* [online]. 2012; 22(4):1313-32. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400004.
13. Martins ALX, Santos SMR. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. *Saúde Soc* [online]. 2012; 21(suppl.1):199-209. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500017.
14. Souza TO, Silva JM, Nobrega SS, Constancio JF. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Rev Bras Enferm* [online]. 2012; 65(2):215-21. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200003.
15. Soratto J, Witt RR. Participation and social control: perception of family health workers. Texto *Contexto-Enferm* [online]. 2013; 22(1):89-96. http://dx.doi. org/10.1590/S0104-07072013000100011.
16. Vazquez ML et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. 2003; 19(2):579-91. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200025.
17. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis* [online]. 2012; 22(2):423-40. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012 0002 00002.
18. Quintanilha BC, Sodre F, Dalbelo-Araujo M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. *Interface* (Botucatu) [online]. 2013; 17(46):561-73. Epub Sep 10, 2013. http://dx.doi.org/ 10.1590/S1414-32832013005000018.

19. Batista EC, Melo EM. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2011; 16(1):337-47. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100036.
20. Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, Bermudez XPCD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2013; 18(8):2275-84. http://dx.doi.org/10. 1590/ S1413-81232013000800011.
21. Oliveira AMC, Ianni ÁMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2013; 18(8):2329-38. http://dx.doi.org /10.1590/S1413-81232013000800017.
22. FJBBarros, Forster AC, Santos JS. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2012; 36(suppl.1):127-33. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200017.
23. Severo DO, Da Ros MA. A participação no controle social do SUS: concepção do movimento dos trabalhadores rurais sem terra. *Saúde Soc* [online]. 2012; 21(suppl.1):177-84. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500015.
24. Arantes RC et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. *Rev APS.* 2008 abr/jun; 11(2):189-98,
25. Buss PM. Health promotion and quality of life (Promoção da saúde e qualidade de vida) *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):163-77.
26. Onocko-Campos RT et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à Saúde. *Rev Saúde Pública* [online]. 2012; 46(1):43-50. Epub Dec 13, 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083.
27. Costa BVL et al. Academia da cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2013; 18(1):95-102. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100011.
28. Bispo Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2010; 15(suppl.1):1627-36. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074.
29. Ferreira Neto JL, Kind L, Resende MCC, Colen NS. Processos da construção da política nacional de promoção da saúde. *Cad Saúde Pública* [online]. 2013; 29(10):1997-2007. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X 00032912.
30. Silva-Arioli IG et al. Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. *Psicol Cienc Prof* [online]. 2013; 33(3):672-87. http://dx.doi.org/ 10.1590/S1414-98932013000300012.
31. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2010; 15(4):2215-28. http://dx.doi.org/10. 1590/S1413-81232010000400036.
32. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev Saúde Pública* [online]. 2006; 40(2):346-52. [Acesso em: 12. 03.2014]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200024&lng=en&nrm=iso. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006 0002 00024.
33. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2004; 9(3):583-92. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300011.
34. Moretti AC, Almeida V, Westphal MF, Bogus CM. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde Soc* [online]. 2009; 18(2):346-54. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200017.

35. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva.* 2007; 17(1):77-93.
36. Dahlberg LL, Krug EG. Violence a global public health problem. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11: 277-92.
37. Krug EG et al. (Eds.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
38. Andrade EV, Bezerra Junior B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009; 14(2):445-53. http://dx.doi.org/10. 1590/S1413-81232009000200013.
39. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 737*, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília; 18 maio 2001.
40. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº* 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios. Diário Oficial da União nº 96, Brasília; 20 maio 2004. Seção 1.
41. Melo EM. *Podemos prevenir a violência*. Teorias e práticas. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
42. Silva MMA, MDC. Promovendo uma cultura de paz e prevenindo as violências e acidentes o papel do setor saúde na prevenção das violências e na promoção da cultura de paz. In: Melo EM. *Podemos prevenir a violência.* Teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010; 81- 95. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
43. Cavalcanti MLT. A análise da implantação da PNRMAV ressalta os problemas do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009; 14(5):1650-51. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500003.
44. Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev Bras Enferm* [online]. 2008; 61(4):493-9. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400016.
45. Malta, DC et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007 jan/mar; 16(1): 45-55.
46. Galheigo SM. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. *Saúde Soc.* 2008 set; 17(3):181-9, [Acesso em: 04 set. 2016]. Disponível em: http://www. revistas.usp.br/sausoc/article/view/7608. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300018.

Capítulo 9

INTERSETORIALIDADE ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL: ESTUDO DE CASO

Kelly Dias Vieira
Izabel Christina Friche Passos

Introdução

O presente texto é parte integrante da dissertação de mestrado profissional intitulada "Potencialidades e desafios da intersetorialidade: interfaces entre equipamentos especializados da Saúde Mental e da Assistência Social em Contagem-MG", defendida no ano de 2015, no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. A pesquisa que subsidiou este texto foi realizada no município de Contagem, cidade que compõe a região metropolitana de Belo Horizonte-MG, e se propôs a discutir a intersetorialidade em saúde, especificamente no que diz respeito à interface entre as políticas públicas de saúde mental e de assistência social, priorizando o nível de atenção secundário ou especializado dessas políticas.

Observa-se que os equipamentos, programas e serviços que compõem as políticas direcionadas à saúde mental e sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os que compõem a política de assistência social trabalham com um público afim que requer cuidado e atenção diferenciada, como pessoas que apresentam transtornos mentais graves, muitas vezes associados aos diversos tipos de violações de direitos, como violências sexuais, físicas, psicológicas, negligências, situação de rua. Não são raras as

vezes em que é necessária maior aproximação entre os serviços das duas redes assistenciais para discussão compartilhada de casos e/ou resolução de problemas que extrapolam os atendimentos específicos ofertados por cada um deles, de modo a garantir atendimento integral, humanizado, com equidade e que estejam adequados aos princípios norteadores das duas políticas públicas. Essas políticas são caras ao contexto brasileiro atual, pois trazem um remodelamento da atenção ao cidadão, privilegiando suas necessidades e singularidades. Ambas apostam no protagonismo, autonomia, cidadania e emancipação dos sujeitos e na conquista e garantia de direitos. Também preconizam a territorialidade, a interdisciplinaridade, a participação social e a intersetorialidade, sendo esta última que se colocou como ponto central nesta pesquisa.

Elegeu-se estudar o grau de articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamento primordial do nível de atenção secundário de promoção da saúde em relação à saúde mental, e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), voltado para situações de violação de direitos. Foram observadas algumas práticas e relações estabelecidas entre ambos os equipamentos em que a interlocução entre os diferentes profissionais que compõem suas equipes se fazia imprescindível. Recortaram-se, como campo empírico para o estudo, o CAPS--Sede e o CREAS-Eldorado, por serem estes os primeiros equipamentos instalados no município, agregando mais experiência na execução das duas políticas e se configurando como os equipamentos territorialmente mais abrangentes, atendendo a maior parte da população. Isso implica necessidade constante de se estabelecer interlocução com a maioria dos distritos sanitários/administrações regionais do município em suas práticas cotidianas.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais da rede que atuam tanto nos equipamentos como na gestão dessas políticas no município. A referência metodológica utilizada foi o método cartográfico proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari[1] para uma compreensão sobre a forma como está construída ou não a intersetorialidade nesse contexto. Recorreu-se também a uma discussão teórica sobre a configuração das duas políticas, o que permitiu contextualizar o cenário de mudanças que fundamenta a necessidade de uma prática intersetorial[2,3].

A cartografia, segundo a concebem Deleuze e Guattari, configura-se como um método que tem sido muito difundido e utilizado em pesquisas em Ciências Humanas voltadas para o estudo e a compreensão de questões referentes à subjetividade. Na concepção de seus criadores, uma pesquisa cartográfica requer que o pesquisador tematize e problematize o próprio processo de pesquisa, e que seja traçado um mapa desse percurso e dos afetamentos vividos por todos os envolvidos no processo, incluindo o pesquisador. Está estritamente relacionada à análise da implicação, uma operação metodológica proposta, por sua vez, pela análise institucional[4]. A análise da

implicação (econômica, ideológica, política, ética e moral) do pesquisador deve ser realizada durante todo o trabalho de pesquisa.

Para Passos e Benevides de Barros[5,17]:

[...] a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método [...] sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa.

O que a cartografia persegue é o rastreamento da complexidade e da heterogeneidade da realidade, valorizando sempre a capacidade de singularização e de invenção dos sujeitos, considerando que o conhecimento é processual, coletivo e indissociável dos afetos e da própria vida. No presente capítulo, serão apresentados dados empíricos parciais da pesquisa de maneira mais descritiva que cartográfica, pois, embora seguindo algumas das orientações metodológicas da abordagem, a pesquisa não teve a pretensão de se constituir como uma verdadeira cartografia, por várias razões, entre elas os limites temporais de uma pesquisa de mestrado.

A Democratização das Políticas de Saúde Mental no Brasil e o Surgimento do CAPS: Perspectiva Atual

Alguns autores contextualizam a Reforma Psiquiátrica no Brasil para dar-lhe uma periodização, como é o caso de Vasconcelos[6], Amarante[7] e Passos e Barboza[8]. Embora fuja ao escopo deste trabalho aprofundar a discussão em relação à conjuntura da reforma, faz-se necessário apresentar os fatos históricos considerados mais importantes e que culminaram na Política Pública de Saúde Mental, hoje formalizada como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[9]. Em artigo recente, Passos e Barboza[8] circunscreveram a Reforma Psiquiátrica Brasileira em três momentos, a saber: "período sanitarista, período antimanicomial e período institucionalista". O primeiro período compreende os anos de 1978 a 1987 e se relaciona à crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde e termina com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental; o segundo período compreende os anos de 1987 a 2000 e está relacionado à constituição do Movimento de Luta Antimanicomial, às experiências reais e radicais de substituição do modelo hospitalocêntrico, à organização de associações de usuários da Saúde Mental, à fiscalização e regulamentação da internação psiquiátrica e à realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental; o terceiro e último período, em que se alcançou de forma instituída a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, inicia-se no ano de 2001 e continua até a atualidade.

Os avanços na saúde mental foram alcançados gradativamente, sendo de extrema importância a promulgação da Lei 10.216, em 2001, que instituiu novo modelo assis-

tencial em saúde mental, abordando a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além da lei, outras portarias merecem destaque, principalmente a de nº 336/02, que regulamenta o CAPS e define como seu objetivo principal realizar atendimento a indivíduos que apresentem transtornos mentais intensos e persistentes, em sua área de abrangência, "oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias"[10]. Coloca, assim, o equipamento como ponto central na reorganização da assistência em saúde mental.

Os avanços "legislativos" supracitados explicitam as características do terceiro período, marcado pela aprovação de toda a legislação que reconheceu a Reforma Psiquiátrica como política pública e pela realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, com o lema "Cuidar sim, excluir não – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social", em consonância com o tema mundial proposto pela OMS, no mesmo ano. Nesse período, a maior preocupação foi, e acredita-se que ainda seja, a expansão da atenção em saúde mental no âmbito do SUS, por meio da implantação de novos serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, como os CAPS, os Centros de Convivência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e, principalmente, pela atuação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, por meio de equipes ou de profissionais de saúde mental apoiando as Unidades Básicas de Saúde (UBS), por intermédio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou outras estratégias.

Representando uma renovação importante para o processo de reforma, em 2010 realizou-se, em Brasília/DF, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial "Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios", abordando a intersetorialidade como tema principal. Assim como as conferências anteriores, contou com grande participação popular de usuários e familiares. A iniciativa de se propor uma conferência intersetorial configurou-se como um avanço para as políticas, principalmente as sociais, pois ampliou a compreensão de que a política de saúde mental é transversal e feita por muitos outros atores, não apenas pelas equipes dos serviços de atenção especializada. O processo deve acompanhar todas as mudanças que o contexto político, cultural e econômico do país vem enfrentando e confirmar a "necessidade inexorável da articulação intersetorial de políticas e programas" [11].

A legislação mais recente, a partir da Portaria nº 3.088, de 2011, instituiu, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[9] para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Pretende-se fortalecer a integração dos equipamentos da saúde mental com os demais equipamentos da saúde coletiva, especialmente com a atenção básica em

saúde, estando a RAPS subdividida em atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A oficialização legal da RAPS mostra um desafio que tem sido frequentemente observado pelos profissionais inseridos nos diversos equipamentos ou serviços de saúde mental no país, que é a necessidade, urgente, de mais articulação da rede[9]. A intersetorialidade, ou o desenvolvimento de relações que estão para além da atuação isolada dos equipamentos e serviços específicos, é a palavra de ordem de toda política pública na busca por mais qualidade do atendimento aos usuários dessas políticas. A necessidade de se discutir e de se avançar na intersetorialidade tem sido cada vez mais evidenciada como uma discussão fundamental para outras políticas públicas, como a da assistência social, que compõe com a saúde mental a interface intersetorial cuja efetivação é o objeto deste trabalho[12].

Assistência Social como Política Pública e a Contextualização do CREAS: do Assistencialismo à Assistência

Historicamente, a assistência social esteve relacionada prioritariamente à caridade, "à solidariedade social diante dos pobres, dos viajantes, dos doentes, dos incapazes, dos mais frágeis"[13], estando suas práticas muito mais associadas a questões de cunho moral do que político. Destarte, longe ainda de ser reconhecida como direito, a assistência social recebia do Estado apenas atenção pontual, com a distribuição de recursos por meio principalmente de isenções fiscais a pequenos grupos privados e religiosos que se ocupavam do atendimento aos "desamparados" e "vulneráveis". Essa situação se configurou no Brasil por muito tempo e o reconhecimento da assistência social pelo Estado ocorreu lentamente, ainda que tivesse havido na "Era Vargas" (1930 a 1945) as primeiras legislações de cunho social, a partir da criação do Ministério do Trabalho, tais como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a institucionalização da Carteira de Trabalho, em 1932. Importante salientar que foi precisamente naquele período que surgiram as primeiras iniciativas governamentais relacionadas à assistência social por meio da criação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), em 1938, e também, em 1942, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA). Segundo Couto[14, p.103]:

[...] buscando legitimidade junto à população pobre, o governo criou a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com o objetivo de assistir, primeiramente, às famílias dos pracinhas que foram para a guerra, e logo depois estender seu trabalho à população pobre, principalmente com programas na área materno-infantil. A LBA representou o braço assistencialista do governo, que centrou na figura da primeira-dama Darcy Vargas a coordenação da instituição. Esse traço

clientelista e vinculado à benemerência apresentou-se persistente por muitos anos na política assistencial brasileira.

Foi somente a partir da Constituição Federal de 1988 que a Política de Assistência Social se legitimou no Brasil como um dever do Estado e um direito de "[…] quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social"[15]. Antes disto, a seguridade social, ou melhor, a previdência social, era ofertada apenas aos trabalhadores formais, que acessavam benefícios previdenciários contributivos, na lógica do seguro; ou seja, apenas os trabalhadores organizados, sindicalizados e que contribuíam financeiramente para o Estado tinham direito aos benefícios, que estavam condicionados ao pagamento de contribuição, negligenciando qualquer ação em prol dos trabalhadores informais e de grande parte da população das cidades e do campo que vivia em situação de pobreza. Diante disso, Monnerat e Souza[16] afirmam que "a inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da seguridade social introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da previdência social".

Em 1989, iniciou-se o processo de construção da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), cujo projeto foi vetado na íntegra no ano de 1990, pelo então Presidente da República Fernando Collor de Melo, conforme citado por Boschetti[17, p.210]:

Exercendo uma prerrogativa prevista em lei, Collor vetou na totalidade o Projeto de Lei Orgânica de Assistência Social em 17 de setembro de 1990. Na prática, ele reduziu a zero todo o processo de elaboração desse primeiro projeto, desconsiderando o trabalho de quase dois anos dos legisladores, com todos os enfrentamentos e negociações ocorridas em um espaço de debate plural e democrático.

Em consequência disso, a LOAS teve sua aprovação somente em 1993, após o processo de impedimento de Collor, e passou a regulamentar o que já estava proposto no texto da Constituição, tornando-se a primeira grande conquista rumo à cidadania e à igualdade de direitos sociais. Em 2004, foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), com a "intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)"[18]. Essa proposta ganhou forma institucional em 2005, por meio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), efetivamente assegurada por lei em 2011[19]. Todo esse processo teve como objetivo descentralizar, desburocratizar e democratizar as ações e definir regras e diretrizes para a estruturação da assistência social como política pública.

No SUAS, implantado em todo o território nacional, os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social foram reorganizados por níveis de proteção (primário e secundário) e tiveram como principais fundamentos a matricialidade familiar,

por conceber que a família é a principal responsável pelo cuidado de seus membros. Foi também adotada a territorialização com o intuito de se identificar onde estão localizados os segmentos sociais que vivem processos de exclusão e vulnerabilidade, a fim de promover prioridade de serviços e possibilitar mais qualidade de vida para essa população. O sistema deve promover o financiamento, a troca de informação, o monitoramento e a avaliação dos serviços, para garantir segurança de sobrevivência, de acolhida e de convívio familiar para as pessoas assistidas. Foram estabelecidas duas formas de proteção social: a proteção social básica e a proteção social especial. Não será tratada neste texto a proteção básica.

Segundo a PNAS[18], a proteção social especial pretende atuar no atendimento às famílias que tiveram seus direitos violados e que se encontram em risco pessoal e social devido a situações de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, trabalho infantil, entre outras. Seguindo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais[20], a proteção social especial é subdividida em proteção especial de média complexidade e a proteção especial de alta complexidade. O CREAS, objeto deste trabalho, integra a proteção especial de média complexidade e deve ofertar Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Serviço Especializado em Abordagem Social, serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento à medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Segundo a NOB-SUAS[19, p.8]:

[...] o CREAS é uma unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas no âmbito do SUAS.

Existem eixos temáticos que devem nortear o trabalho no CREAS, tais quais: atenção especializada e qualificação do atendimento; território e localização; acesso a direitos socioassistenciais; centralidade na família; mobilização e participação social; trabalho em rede e desenvolvimento do trabalho social.

O enfoque deste estudo reside no referencial da Política Nacional de Assistência Social e suas possíveis interfaces com a Política Nacional de Saúde Mental, uma vez que existe, no desenvolvimento de suas práticas, nas legislações que as compõem e nas observações cotidianas de seus trabalhadores, o imperativo de que a intersetorialidade se efetive[9,18]. Sabe-se que a configuração de práticas intersetoriais entre as políticas públicas enfrenta dificuldades para ser consolidada, desde a própria estruturação e organização das políticas, que se fez de forma setorializada e hierarquizada[12].

Contudo, a necessidade de "interseção entre as políticas sociais permanece presente como mecanismo essencial à potencialização das ações no campo social"[16].

Potencialidades e Desafios da Atenção em Saúde Mental e Assistência Social em Contagem na Perspectiva dos Trabalhadores

Situado na região metropolitana de Belo Horizonte, o município de Contagem possui população de 603.442 habitantes (IBGE, 2010), apresentando IDHM de 0,756 (PNUD, 2010). Sua rede de atenção à saúde mental atualmente é composta pelo CAPS-Sede, que foi inaugurado em 2000, e mais três CAPS, incluindo o CAPSad, destinado à atenção em saúde mental relacionada ao uso de álcool e outras drogas. E ainda o CAPSi, destinado ao atendimento infanto-juvenil. Cabe acrescentar que os CAPS são classificados como CAPS III e funcionam durante 24 horas por dia, todos os dias da semana desde o ano de 2013, com exceção do CAPSi. O município conta ainda com dois SRTs, que acolhem cerca de 20 moradores, um centro de convivência e atendimento à saúde mental ofertado por oito equipes do NASF e por algumas UBS que contam com equipes de saúde mental[12].

Embora haja orientações claras na legislação de que municípios que tenham população acima de 200.000 habitantes devam ter a modalidade CAPS III, em Contagem, até o ano de 2012 o único CAPS destinado a atendimento de adultos era o CAPS-Sede, que funcionava apenas de segundas às sextas-feiras, de 7 às 19h, e nos feriados durante a semana, ou seja, nos moldes de um CAPS II. Essa situação fazia com que os usuários que necessitassem de atendimento noturno ou aos finais de semana tivessem que procurar atendimento em outro município, o que era feito geralmente em Belo Horizonte, por meio de consultas em hospitais psiquiátricos, na contramão das propostas difundidas pela Reforma Psiquiátrica.

Essa realidade não se restringe ao município estudado. Em relação a esse fato, Vasconcelos[11] salienta que é necessário avaliar a oferta atual de leitos na atenção integral, pois os CAPSIII existentes no país não são suficientes para atender à demanda. E os CAPSII, além de apresentarem superlotação, possuem a limitação estrutural de não funcionarem à noite nem nos finais de semana, evidenciando a imprescindibilidade de ampliação da rede de atenção em saúde mental no país.

No tocante à assistência social, especialmente à proteção social de média complexidade, a rede é composta de três CREAS: o CREAS Eldorado, que foi o primeiro, implantado em 2006, e outros dois, localizados em territórios diferentes. De acordo com a legislação da área, Contagem estaria coberta com a quantidade necessária de CREAS sugerida para o porte do município, que deveria ser de um CREAS a cada 200.000

habitantes[21]. Entretanto, a oferta de serviços ainda é insuficiente para a cidade, pois a demanda de atendimentos é considerável e os serviços existentes não conseguem abarcar toda a população que realmente necessita dos atendimentos no município[12].

Considerando essa configuração da organização das políticas de saúde mental e da assistência social em Contagem-MG, foi realizada pesquisa de campo, registrando, cartograficamente, o seu funcionamento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais (Tabela 9.1) que integram os centros estudados e atuam tanto no atendimento direto aos usuários, como na "gestão", coordenando as políticas públicas de Contagem.

Tabela 9.1. Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Tempo de experiência na rede saúde mental ou assistência social	Tempo de serviço na uwnidade	Unidade
E1	01 ano	01 ano	CAPS
E2	15 anos	01 ano e 5 meses	Diretoria de Proteção Especial
E3	11 anos	01 ano e 5 meses	Diretoria de Proteção Especial
E4	20 anos	02 anos e 6 meses	Coordenação de Saúde Mental
E5	05 anos	02 anos	CAPS
E6	07 anos	01ano e 5 meses	CREAS
E7	02 anos e 6 meses	02 anos e 6 meses	CREAS
E8	02 anos	02 anos	CREAS
E9	05 anos	01 ano	CREAS

Fonte: Vieira,[12]. Será utilizada a letra P para referir-se à pesquisadora.

Na percepção dos trabalhadores de Contagem, existem nas redes de atenção à saúde mental e assistência social desafios a serem enfrentados e potencialidades a serem fortalecidas. Apresentam-se, a seguir, algumas dessas percepções.

Sobre o fluxo de encaminhamento entre os equipamentos, no CAPS-Sede os casos chegam de toda a rede, principalmente das UBS e da UPA, mas também trazidas pelo SAMU, pela Polícia Militar, Guarda Municipal, Corpo de Bombeiros, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar e por demanda espontânea, já que se trata de um serviço de "portas abertas". As demandas para os atendimentos no CAPS, segundo os profissionais entrevista-

dos, giram, geralmente, em torno de crises relacionadas ao adoecimento mental, já que se trata de um serviço que oferece atendimento de urgência psiquiátrica. Entretanto, os entrevistados declaram que há muitos equívocos em relação a alguns encaminhamentos:

[...] É.. a maior demanda é o paciente em crise, né? Mas assim, tem uma boa parte também de encaminhamentos equivocados, né? Principalmente das UBS. P: que tipo de equívoco? Quando não caracteriza caso de urgência. Porque aqui é paciente em crise, urgência. Então, assim, às vezes não são pacientes, assim, às vezes é uma depressão, insônia, choro, entendeu? Às vezes até briga com cônjuge, né? Aí tem depressão, aí manda (E1).

Em relação ao CREAS, também foi possível observar nas falas de alguns entrevistados a afirmação de que se trata de um serviço de "portas abertas". Porém, esse perfil refere-se apenas aos encaminhamentos oriundos da rede. As falas de outros entrevistados deixam bem claro que há critérios de inserção de casos muito bem definidos e controlados por várias instâncias, tanto na Direção de Proteção Especial (DIPE), quanto no próprio equipamento. Ou seja, nem todos os casos que chegarem ao CREAS serão acompanhados, pois não se trabalha o recebimento de demandas espontâneas.

Sobre os fluxos da rede de atendimentos, os profissionais da Saúde Mental dizem que realizam mais encaminhamentos para a própria rede de saúde, principalmente para Atenção Básica; já os profissionais da rede de assistência social, em sua maioria, afirmam que encaminham mais para a saúde, especificamente para a rede de saúde mental (CAPS, CAPSad, CAPSi). Assim, cabe mencionar que muitos profissionais entrevistados acreditam que há considerável demanda de atendimentos psicológicos que chegam ao CREAS e são encaminhados para a saúde. Alguns se queixam de que nem sempre os encaminhamentos são efetivados:

[...] Eu acho que para quem o CREAS mais encaminha é para a saúde, realmente para acompanhamento psicológico. É o que a gente mais faz, é o que mais necessita. É o acompanhamento psicológico. Muitas vezes não consegue (E3).

Ainda que em alguns momentos seja enfatizado pelos entrevistados que há possibilidade de se realizar tranquilamente os encaminhamentos dos casos, eles afirmam que existe uma dificuldade de comunicação entre os equipamentos da rede, decorrente do desconhecimento das atividades executadas por cada serviço. No CAPS há relato de certo desconhecimento de suas competências pela rede. Observam insistência para que os casos sejam acolhidos pelo serviço de saúde mental, havendo, ainda, certa dificuldade dos equipamentos de receberem a contrarreferência dos encaminhamentos feitos equivocadamente. As falas de dois entrevistados ilustram essa situação e identificam questões importantes, como a necessidade de ampliação da compreensão das políticas e das práticas realizadas pelos outros equipamentos da rede e de se construir e estabelecer fluxos intersetoriais:

[…] Eu acho que do CAPS para o CREAS ele precisa ser bem mais definido. Inclusive qual que é o papel de um e qual que é o papel do outro. Porque às vezes o CAPS aciona o CREAS com umas demandas muito específicas da assistência social e o CREAS não consegue responder elas e o CAPS fica amarrado. Agora do CREAS para o CAPS acho que é completamente invertido. Isto atrasa a condução do caso, a gente perde tempo, até ir na Promotoria, a Promotoria acionar a coordenação, para a coordenação acionar o CAPS para o caso que já está rolando. Então é uma perda de tempo. É um serviço perdido (E5).

[…] Eu acho que a gente tem muito problema nessa comunicação. Depende muito do entendimento pessoal do trabalhador que está lá do outro lado, se ele consegue entender que foi feita uma avaliação e que este caso é para o serviço que está sendo referenciado, ok, se não… Agora, se ele não entender, ele acha que o CAPS não quer atender, que não quer responsabilidade. Então é por isso que eu acho que estes fluxos têm que ser melhor estabelecidos para que a comunicação da rede funcione melhor (E4).

Foram registrados muitos relatos de falta de retorno de um serviço para o outro. Às vezes, parece que o simples fato de trocar informações sobre os casos configura-se como compartilhamento de ações, o que na maioria das vezes não acontece. A política de assistência social no país ainda é muito recente e há desconhecimento por parte do restante da rede sobre a existência dos CREAS e as ações que eles executam. Na saúde mental, apesar de a política estar mais consolidada, há expectativas de que o CAPS seja um local para receber toda e qualquer demanda da rede em relação a questões que envolvam adoecimento mental, independentemente da gravidade ou perfil do caso. Se se pensar na situação de Contagem, as mudanças na organização e oferta de serviços ainda são muito recentes, o que pode colaborar para essa situação.

Há no discurso dos entrevistados que compõem a rede de assistência social e de saúde mental certa queixa de que os encaminhamentos feitos entre eles não são satisfatórios e que a intersetorialidade não ocorre de maneira adequada. Essa questão corrobora o recorte deste estudo, pois evidencia que existem dificuldades para que se estabeleça o diálogo entre os equipamentos. Nesse caso, parece haver pouca cooperação entre os equipamentos, havendo aí a necessidade dessa interlocução se desenvolver de maneira mais profícua e considerável, principalmente diante da necessidade citada pelos trabalhadores da assistência social de realizar encaminhamentos constantes à rede de serviços da saúde mental.

Em relação a essa questão da dificuldade de comunicação entre as redes de atenção, de forma geral, Teixeira[22] discute e propõe a ideia de rede afetiva, independentemente de se tratar de redes amplas das metrópoles ou de redes de municípios

de pequeno porte. Para o autor, a concepção de funcionamento das redes se pauta principalmente pela oferta de um acolhimento dialogado, pela confiança e pelo "enamoramento" e criação de vínculos entre as pessoas. O acolhimento dialogado seria uma técnica de conversa que parte da aceitação de uma gama de pressupostos e predisposições ao diálogo com o outro, "o que define, a rigor, seus domínios de ação e significação"[22]. Sendo assim, no acolhimento dialogado, o profissional da rede abre-se para a experiência de compreender o outro, partindo da aceitação de sua singularidade e diferença. "Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades"[22].

Um dos entrevistados apresenta dúvidas em relação à efetividade da rede afetiva, reconhecendo, entretanto, sua existência e potência:

[…] a rede de Contagem é muito afetiva. É ainda, sabe? Infelizmente, é, não sei se a gente consegue cortar esse laço aqui de Contagem não, mas funciona. Se é bom ou não, fica difícil a gente falar, então se cortar esse elo de que é uma rede afetiva, não sei. Não sei se a gente consegue cortar isso aqui em Contagem também não, mas sai um, você consegue interagir com quem tá vindo […] Então tem vantagens e desvantagens na rede afetiva (E3).

Considerando os apontamentos de Teixeira[22], observa-se no relato a seguir que a boa relação entre os profissionais dos serviços parece garantir uma atenção mais qualificada ao usuário quando as parcerias e o diálogo são mais possíveis:

[…] Eu particularmente tenho um acesso muito tranquilo ao CAPS III. Pesquisadora: o CAPS-Sede? Não, o daqui do Eldorado, o gerente lá é superacessível e o PEDIF[a] tem muitos casos da saúde mental. Eu, por exemplo, tenho vários, então sempre a gente faz reuniões, discute os casos, é supertranquilo […] O CAPSad também eu já tive e tenho alguns casos de uns pacientes do CAPSad e também tem uma articulação tranquila (E6).

Atualmente, devido aos avanços dos estudos sobre o funcionamento da saúde pública no país, já conseguimos conceber a ideia de que a porta de entrada do usuário na rede assistencial deva ser o local que ele acesse, aquele onde ele busque ser atendido, conforme sugere Merhy[23]. Entretanto, há questões na própria forma de organização e execução das políticas, tanto do SUS quanto do SUAS, no tocante aos seus arranjos e composições que podem dificultar que o acesso à rede ocorra dessa maneira e que práticas intersetoriais aconteçam efetivamente, como a dificuldade de comunicação entre equipamentos e serviços, o desconhecimento das ações da rede, entre outros.

a PEDIF: Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

Para Akerman[2], a intersetorialidade poderia servir para promover "encontros, escuta e alteridade, além de ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade de) convergências possíveis", evitando, inclusive, que setores diferentes ajam em duplicidade em relação ao usuário atendido, o que certamente poderia promover melhor qualidade nos atendimentos ofertados por cada setor. Entretanto, isso implica mudanças significativas na própria concepção e organização da gestão da política pública, que teria que reunir esforços para dar resposta ao questionamento de "como" executar práticas essencialmente intersetoriais, diante da grande fragmentação, desarticulação e da "cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública"[3].

Acredita-se que a não efetivação de práticas intersetoriais que promovam redes ou rizomas – coletivo de articulações, conexões e processos – entre os equipamentos e os serviços possa dificultar o processo de construção da cidadania, da atenção efetiva e de qualidade ao usuário das políticas públicas e contribuir para uma desassistência do público atendido.

Para além das questões já citadas, há também que se considerar, de acordo com Nascimento[3], que existem interesses econômicos envolvidos, que "há uma hierarquia de poder no âmbito das políticas públicas, em que se destacam as políticas macroeconômicas". Ou seja, há determinados setores que recebem mais recursos e nem sempre os critérios estão baseados nas necessidades reais de cada setor, mas esta questão certamente extrapola os limites deste trabalho.

Considerações Finais

A intersetorialidade pode ser compreendida simplesmente como uma ação que se processa entre vários setores. Entretanto, sua efetivação torna-se muito mais complexa do que sua conceituação quando se trata de políticas públicas de saúde. A efetivação de práticas intersetoriais não envolve apenas uma possibilidade de melhor atendimento ao usuário, mas emerge da necessidade da própria ineficiência e insuficiência das políticas setoriais, que muitas vezes comportam conflitos e relações de força, agindo isoladamente, tornando-se assim impotentes na resolução de alguns problemas.

Acredita-se que a análise dos dados obtidos a partir deste estudo, com recorte específico para dois equipamentos integrantes de dois sistemas organizacionais independentes, o SUS e o SUAS, de um município da região metropolitana de Belo Horizonte, possa contribuir para que os profissionais que compõem essas redes reflitam sobre sua prática cotidiana e sobre as potencialidades e desafios que a compõem.

Assim, buscou-se apresentar as especificidades das políticas públicas de saúde mental e assistência social, evidenciando-se, no plano analítico das políticas em ques-

tão, a necessidade e as possibilidades de se construir e potencializar a intersetorialidade na efetivação de suas práticas, a fim de que a atenção ao usuário se produza de forma menos burocrática, mais autonomista e potente.

Nosso trabalho limitou-se a analisar a intersetorialidade no que se refere à atenção de segundo nível entre duas políticas setoriais, o que não significa que essa prática não precise ser construída em todos os níveis – primário, secundário e terciário – e entre todas as políticas sociais, quando o que se visa é a melhor qualidade da atenção prestada à população.

Referências

1. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs:* capitalismo e esquizofrenia*.* Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995, v.1, cap. 1; Introdução ao rizoma*;* p.11-37.
2. Akerman M et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19 (11):4291-300.
3. Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social Soc*. 2010; 101:95-120.
4. Baremblitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*: teoria e prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
5. Passos E, Benevides de Barros R. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia I. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia.* Rio de Janeiro: Sulina; 2009.
6. Vasconcelos EM (Org.). *Saúde mental e serviço social*: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2006.
7. Amarante P. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
8. Passos ICF, Barboza MAG. Três momentos da reforma psiquiátrica brasileira, três modos de inserção da formação "psi" mineira. O que esperar como cenário futuro? In: Melo W (Org.). et al. *Que país é este?* Rio de Janeiro: Espaço Artaud; 2012.
9. Brasil. *Portaria n.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). Brasília: MS; 2011.
10. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Vasconcelos EM. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Vieira KD. *Potencialidades e desafios da intersetorialidade*: interfaces entre equipamentos especializados da saúde mental e da assistência social em Contagem-MG. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
13. Sposati AO. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras*: uma questão de análise. São Paulo: Cortez; 2007.
14. Couto BR. *O direito social na sociedade brasileira*: uma equação possível? São Paulo: Cortez; 2004.
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
16. Monnerat GL, Souza GR. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *R. Katál.* 2011 jan/jun [Acesso em: janeiro de 2015]; 14(1):41-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.

17. Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres; Editora UNB; 2008.
18. Brasil. *Política Nacional de Assistência Social* (PNAS). Brasília; 2004.
19. Brasil. *Lei nº 12.435,* de 06 de julho de 2011. Brasília; 2011.
20. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília-DF: Diário Oficial da União; 2009.
21. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). *Orientações técnicas.* Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social; 2011.
22. Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. [Acesso em: outubro de 2008]. Disponível em: http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm.
23. Merhy EE et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Capítulo 10

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: DUAS FACES DA MOEDA

Marilene Maria da Silva Lana
Sandro Laudares
Antônio Leite Alves Radicchi
Elza Machado de Melo

Introdução

As políticas sociais, que no seu escopo abrigam as políticas de transferência de renda, surgiram nos países desenvolvidos, no século XX, associadas à consolidação do Estado de Bem-Estar Social. Os primeiros a introduzirem programas dessa natureza foram países da Europa: Reino Unido em 1948, Finlândia em 1956, Suécia em 1957, Países Baixos em 1963, Bélgica em 1974, Alemanha em 1961 e a França, com intensos debates e de certa forma tardiamente, no ano de 1988[1]. Diferentemente, na América Latina, eles surgiram no contexto do neoliberalismo e se destinam à população extremamente pobre[2]. Entre eles, destacam-se o Programa Fome Zero, no Brasil; o Programa *Asignación* Familiar, na Argentina; o Programa Família em Ação, na Colômbia; o Plano de Alimentação dos Trabalhadores, na Venezuela; o Plano Nacional de Alimentação, no Uruguai; o Programa Chile Solidário, no Chile; o Programa Local de Alimentação, no Equador; e o Programa Oportunidades, no México[3].

No Brasil, o combate à pobreza, em nível das políticas institucionais, é retratado na Constituição de 1988 por meio do art. 194, no qual se introduz o conceito de seguridade social. Este é compreendido como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e

da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, segundo o princípio da universalidade, isto é, a extensão dos direitos e benefícios a toda população, urbana e rural. O país iniciou a implantação de seu programa de renda mínima na década de 90, quando implantou um conjunto de programas[4]. E em 2003 criou o Programa Bolsa Família, segundo uma nova lógica, pautada na integração e na formação de parcerias entre as três esferas do governo e entre o Estado e a sociedade civil[1]. O trabalho aqui apresentado tem o objetivo de estudar o perfil das populações vulneráveis de Betim, Minas Gerais, comparando beneficiários ativos e não ativos do Programa Bolsa Família desse município.

O município de Betim integra a mesorregião metropolitana de Belo Horizonte. Localizado a 30 km da capital mineira, encontra-se dividido em oito regionais: Alterosas, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB, Sede, Teresópolis e Vianópolis. É um dos principais polos de concentração industrial de Minas Gerais. A população do município é de 378.089 habitantes[5]. Incorpora indústrias importantes, como a FIAT Automóveis e a Refinaria Gabriel Passos (PETROBRÁS), entre outras.

A metodologia consistiu de estudo transversal utilizando dados secundários obtidos no Cadastro Único (CADÚNICO) do Programa Bolsa Família do Município de Betim/Minas Gerais, referentes ao período de janeiro de 2004 a janeiro de 2011. O CADÚNICO, porta de entrada do programa, é preenchido no município em formulário *on-line*. Tais dados são enviados ao Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), que faz a seleção das famílias, utilizando os critérios de renda *per capita* e composição familiar.

Os indivíduos cadastrados no Programa foram distribuídos em dois grupos: cadastrados ativos, que recebem o benefício mensalmente (beneficiários) e cadastrados não ativos. Esses grupos foram comparados quanto às seguintes variáveis: idade; sexo; raça/cor; escolaridade; situação de domicílio; tipo de construção; abastecimento de água; escoamento sanitário; renda *per* capita; situação no mercado de trabalho; frequência escolar; entre outras. Foram realizadas análises descritivas por meio da distribuição de frequências e análises comparativas bivariadas entre cadastrados ativos e não ativos, utilizando o qui-quadrado de Pearson. Foi considerado valor-p $\leq 0,05$ para verificação da significância estatística, com intervalo de confiança de 95%. A magnitude da associação entre as variáveis foi avaliada por meio da razão de chances (*OddsRatio* – OR).

Bolsa Família e Perfil de Vulnerabilidade: o Lado Necessário do Programa

A base de dados do programa Bolsa Família utilizada neste trabalho demonstra que, incluindo os dependentes, Betim possui 171.384 indivíduos cadastrados (cadastrados ativos e cadastrados não ativos), totalizando 49.019 famílias. No geral, esses indivíduos têm idade média de 27,7 anos, sendo em sua maioria do sexo feminino (56,5%),

afrodescendentes (pardos e negros, 73,7%) solteiros (72,4%), com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo (62%) e sem trabalhar (75,7 %).

No que se refere às condições de moradia, 62,2% dos cadastrados possuem imóvel próprio, sendo que, desses imóveis, 52% são casas e 61,7% de tijolo/alvenaria com abastecimento de água proveniente da rede pública (95,1%), com relógio próprio de iluminação (89,5%), escoamento sanitário realizado também pela rede pública (80,8%) e coleta do lixo (96,4%).

Aproximadamente 10,5% de todos os cadastrados não possuem renda. Dos que possuem, a renda *per capita* média é de R$ 92,85. Em média, quatro pessoas dependem dessa renda, podendo chegar até a 13 pessoas.

O total de 62% dos indivíduos cadastrados não frequenta a escola. Quando se avalia a frequência escolar na idade entre seis e 17 anos, uma das condicionalidades do programa, percebe-se o contrário: 69% desses meninos e meninas frequentam a escola.

Do total de indivíduos cadastrados no programa, 35,9% são beneficiários ativos, (n=61.581), que compõem 16.109 famílias, com idade média de 23,4 anos e a maioria do sexo feminino, com 58,4 e 42,2% do sexo masculino. A renda *per capita* média dessas famílias é de R$ 65,99, sendo que 68,5% delas têm renda *per capita* abaixo de 70 reais ao mês. As residências dessas famílias são de alvenaria (99,12%): 19,24% moram em cômodos dividindo o mesmo imóvel com outras famílias; 58,53% moram em residências próprias; 23,13% em imóveis cedidos; e 15,69 em imóveis alugados. Predominam entre os cadastrados ativos os afrodescendentes (pardos e negros), que correspondem a 79,04% *versus* 20,01% de brancos.

A Tabela 10.1 mostra a distribuição de frequência e a comparação entre as variáveis sociodemográficas e relativas à situação do domicílio dos indivíduos ativos e não ativos.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre ativos e não ativos para todas as variáveis analisadas (valor-p < 0,05), sendo a chance de estar ativo no programa 2,80 vezes maior para aqueles indivíduos com idade entre zero e 13 anos, seguido daqueles com idade entre 14 e 22 anos (OR = 1,87). Entre os beneficiários ativos, a chance de ser do sexo feminino também é maior (OR=1,09), quando comparado com o sexo masculino, sendo também para a raça/cor (afrodescendentes OR=1,44). Quanto ao estado civil, é maior a proporção de solteiros (OR=1,16), sendo que a chance de estar ativo é 0,44 vezes menor caso o beneficiário seja viúvo.

No que diz respeito à escolaridade, a chance de ser analfabeto é menor entre os beneficiários ativos no programa (OR=0,76) quando comparados com os não ativos, e a chance de estar frequentando a escola é 1,63 vez maior entre os ativos. No que se refere à questão das condições de vida, percebe-se que entre os ativos é 3,93 vezes maior a chance de possuir renda *per capita* até 70 reais e não estar trabalhando (OR=2,90). A chance de possuir um imóvel próprio é menor entre esses beneficiários (OR=0,82).

Tabela 10.1. Análise univariada entre variáveis sociodemográficas e relativas às condições de moradia entre ativos e não ativos do Programa Bolsa Família, 2004 a 2011, Betim-MG

Variáveis	Cadastrados do Programa		OR (IC 95%)	Valor -p
	Ativos (%)	Não Ativos (%)		
Idade				
0-13 anos	20.201 (32,8)	20.704 (18,9)	2,80 [2,72-2,88]	0,0000
14-22 anos	16.873 (27,4)	25.905 (23,6)	1,87 [1,82-1,92]	
23-39 anos	12.979 (21,1)	30.121 (27,4)	1,24 [1,20-1,27]	
> 40 anos	11.527 (18,7)	33.065 (20,1)	1	
Sexo				
Masculino	25.990 (42,2)	48.644 (44,3)	1	0,0000
Feminino	35.591 (57,8)	61.157 (55,7)	1,09 [1,07-1,11]	
Raça / Cor				
Branca	12326 (20,0)	28364 (25,8)	1	0,0000
Afrodescedentes	48672 (79,0)	77623 (70,7)	1,44 [1,41-1,48]	
Outros (amarela e indígena)	549 (0,9)	972 (0,9)	1,3 [1,17-1,45]	
Estado civil				
Divorciado / separado	2.774 (4,5)	4.890 (4,6)	1	0,0000
Casado	8.910 (14,5)	26.047 (24,2)	0,60 [0,57-0,64]	
Solteiro	49.344 (80,1)	74.720 (69,3)	1,16 [1,11-1,22]	
Viúvo	529 (0,9)	2.101 (1,9)	0,44 [0,40-0,49]	
Escolaridade				
Analfabeto	7.846 (13,6)	19.279 (18,5)	0,76 [0,73-0,79]	0,0000
Até 4 anos de estudo	20.090 (34,9)	33.148 (31,8)	1,13 [1,10-1,17]	
Com 5 a 8 anos de estudo	19.614 (34,1)	33.241 (31,9)	1,10 [1,07-1,14]	
Mais de 8 anos de estudo	9.967 (17,3)	18.641 (17,9)	1	

Continua…

… continuação

Tabela 10.1. Análise univariada entre variáveis sociodemográficas e relativas às condições de moradia entre ativos e não ativos do Programa Bolsa Família, 2004 a 2011, Betim-MG

Variáveis	Cadastrados do Programa		OR (IC 95%)	Valor -p
	Ativos (%)	Não Ativos (%)		
Frequenta Escola				
Sim	27.925 (45,5)	36.665 (33,8)	1,63 [1,60-1,66]	0,0000
Não	33.640 (54,6)	71.880 (65,5)	1	
Renda *per capita*				
até 70	25.521 (68,5)	39.300 (54,8)	3,93 [3,74-4,13]	0,0000
de 71 a 140	9.713 (26,1)	20.216 (28,2)	2,91 [2,76-3,06]	
acima de 140	2.015 (5,4)	12.183 (17,0)	1	
Situação de trabalho				
Aposentado/ pensionista	823 (1,3)	3.866 (3,6)	1	0,0000
Assalariado	3.469 (5,6)	10.494 (9,7)	1,55 [1,43-1,69]	
Autônomo	4.453 (7,2)	8.405 (7,7)	2,49 [2,29-2,71]	
Não trabalha	49.502 (80,4)	80.243 (73,9)	2,90 [2,69-3,13]	
Outra	3.315 (5,4)	5.536 (5,1)	2,81 [2,60-3,07]	
Situação do imóvel				
Alugado	9.711 (15,8)	15.356 (14,1)	1	
Cedido	14.362 (23,3)	20.872 (19,2)	1,09 [1,05-1,13]	
Próprio	36.332 (59,0)	70.233 (64,6)	0,82 [0,80-0,84]	
Outros	1.165 (1,9)	2.253 (2,1)	0,82 [0,76-0,88]	

Ao analisar a situação no mercado de trabalho estratificando pela idade, percebe-se que 0,99% dos beneficiários ativos realiza atividade laboral entre zero e 13 anos *versus* 3,4% dos beneficiários não ativos na mesma faixa de idade. Seria razoável esperar que o PBF protegesse as crianças contra o trabalho infantil, mas a análise não mostrou diferença estatisticamente significativa.

O principal achado deste estudo diz respeito à descrição do perfil dos indivíduos beneficiários do Programa Bolsa Família e à confirmação de que eles se encontram em situação de vulnerabilidade social. São em sua maioria jovens, com escolaridade de até oito anos de estudo, sem renda, sem trabalho e morando em casas cedidas, dependendo basicamente do programa para sobreviver. Esse perfil confirma a adequabilidade e necessidade do programa, confirmando várias análises sobre ele, não só no caso do município, mas relativamente à realidade do país inteiro.

É inegável a relevância de um programa que tem como foco de atuação os 16 milhões de brasileiros em situação de pobreza e extrema pobreza e se destina à garantia de renda, à inclusão produtiva e ao acesso aos serviços públicos. Mesmo sendo pequena a quantidade do recurso previsto pelo Programa Bolsa Família, compreende-se a importância que ele assume se olhado proporcionalmente à vulnerabilidade socioeconômica das famílias envolvidas, para as quais ele desempenha papel decisivo, em termos de condições mínimas de sobrevivência[6]. Paes-Souza, Santos e Miasaki[7] comentam que o Índice de Gini tem diminuído consistentemente no Brasil e que esse efeito pode ser atribuído parcialmente ao Programa Bolsa Família. Citam vários estudos que mostram seus efeitos positivos, por exemplo, melhor acesso à alimentação e consumo de alimentos mais saudáveis, embora reconheçam que o aumento de alimentos manufaturados possa comprometer esses ganhos; melhoria na educação, com baixas taxas de evasão escolar; diminuição do trabalho infantil. Do ponto de vista da saúde, os dados por eles analisados mostram que crianças cadastradas no programa tinham chance 26% maior de ter peso e altura adequados para a idade do que crianças não cadastradas. Segundo os autores, as condicionalidades do programa promovem melhorias na saúde e na educação[7].

Um aspecto importante a ser lembrado é o fato de que quase 80% dos ativos no programa são afrodescendentes, o que reafirma e/ou agrava a condição de vulnerabilidade encontrada, visto que essa é uma parte da população historicamente submetida à exclusão[8]. Também merece menção o efeito do programa sobre a situação da mulher, à medida que a coloca em situação de vantagem em relação aos outros membros familiares, afirma a sua autoridade no espaço doméstico, garante-lhe mais visibilidade como consumidora e promove mudanças de percepção da sua condição de cidadã. Contribui, dessa forma, para a diminuição das desigualdades de sexo e para o desenvolvimento do empoderamento e da autonomia da mulher[9-11].

De modo geral, ao fazer parte dessa rede, o beneficiário estabelece laços e ganha visibilidade social[8]. Não é casual o amplo conhecimento que a população tem sobre o programa e a visão positiva que desfruta na população, prevalecendo em todas as regiões do Brasil a percepção positiva sobre ele[12].

A relação do programa com a saúde é inequívoca e essa influência ocorre tanto pela atuação sobre os determinantes sociais quanto pela vinculação do programa a cuidados

essenciais de saúde, tais como vacinação, pré-natal, acompanhamento das crianças, por meio da chamada condicionalidade de saúde. Demonstrou-se que ele produz significativa diminuição da mortalidade de crianças menores de cinco anos, principalmente quando causada por diarreias e desnutrição, que se relacionam à pobreza, reduzindo também a taxa de internação hospitalar desse grupo, por essas e outras causas[6]. Efeitos semelhantes ocorrem em outros lugares, por exemplo, no México, o programa condicional de transferência de renda, intitulado Progresa, reduz a mortalidade entre idosos acima de 65 anos[13] e melhora inúmeros indicadores de saúde de adultos de 50 anos e mais[14].

A relação com a educação, detectada neste estudo e presente na literatura[11, 15-18], é também positiva e diz respeito à capacidade do programa em proteger os indivíduos ativos quanto ao analfabetismo e de estimular a entrada e permanência na escola. Até mesmo por ser uma das condicionalidades para a permanência no programa, esse aspecto contribui para a diminuição das diferenças sociais no tocante à capacidade de leitura, reforçando, assim, a sua integração com o universo escolar e o exercício da sua cidadania.

Na primeira Avaliação dos Impactos do Programa Bolsa Família (AIBFI) desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para o MDS[19], ficou claro um incremento na taxa de frequência escolar entre sete e 14 anos em 3,6% em comparação aos não beneficiários. Na segunda Avaliação de Impacto do Bolsa Família (AIBFII), pesquisa desenvolvida dessa vez pelo *International Food Policy Research Institute* (IFPRI)[20] afirma a influência positiva do programa na escolaridade e na prevenção trabalho infantil. Sobre esta última questão, há vários relatos na literatura que, diferentemente do presente estudo, mostram a redução na participação de crianças e adolescentes no mercado de trabalho e no tempo dedicado ao trabalho[16,18].

Limites do Programa: Focalização no Lugar de Direitos Sociais

No entanto, mesmo com indicadores tão positivos, o Programa Bolsa Família é duramente criticado, principalmente porque o seu caráter focal, paliativo, de atuação sobre a pobreza e a sua vinculação a condicionalidades, embora ampliem a rede de proteção social do país, separam-no e o contrapõem a propostas pautadas na efetivação de direitos sociais, de cunho universalista[1,21-23]. Os dados do presente trabalho bem ilustram tal situação, pois, embora haja diferenças significativas entre ativos e não ativos, ambos os grupos estão dentro da linha de pobreza, corroborando a afirmação de que o programa inclui os mais pobres entre os pobres. Essa crítica e suas repercussões se acentuam numa cidade como Betim, por ter uma pobreza tão difundida. Chama a atenção o fato de 40,3% dos habitantes estarem cadastrados, ou seja, quase a metade da população tem perfil de pobreza exigido para participar – e ser ao mesmo tempo um município tão rico[24]. Marques *et al.*[2], entre outros autores,, reconhecem a imperiosa necessidade dos programas de transferência de renda frente à grande

desigualdade existente no Brasil – que não apenas justificaria como também imporia a qualquer governo a sua adoção. Eles até mesmo atribuem ao PBF alguma durabilidade, dada a quase impossibilidade do seu cancelamento. E admitem que ele tem origem na matriz neoliberal e, endereçado aos extremamente pobres, expressa ação única de intervenção por parte do Estado, com o objetivo de mitigar a pobreza em vez de visar à sua erradicação, não podendo ser visto como direito social de cidadania[3]. É claro que tal condição fortalece, sem dúvida, o argumento de que se deveriam priorizar soluções estruturais que remetam a mudanças da ordem social.

Por esse lado, há de se concordar com Stein[25], para quem o programa Bolsa Família mantém como princípio a "menor elegibilidade", que remonta aos tempos das "Leis dos pobres" no no século XIV, ou seja, implica prestar socorro aos mais necessitados, oferecer a eles valores tão irrisórios e, antes de protegê-los, causar-lhes situação de constrangimento e, até mesmo, induzi-los a aceitar qualquer tipo de trabalho[25].

Não se pode esquecer a própria história do PBF, criado na década de 90, dentro do arcabouço das políticas sociais, em contexto neoliberal, em que prevalecia a premissa de que seria impossível a preservação das regras orientadoras das políticas sociais, dentro dos princípios do Estado do Bem-Estar Social, dadas as crises fiscais que acometiam os países[26]. Além disso, como parte daquele ideário, afirma-se o pressuposto de que as excessivas intervenções do Estado nos mercados e os possíveis estímulos negativos que os dispositivos institucionais geram no âmbito dos indivíduos alimentam comportamentos morais indesejáveis, como o "possível parasitismo dos trabalhadores à custa do esforço da coletividade"[26] ou, para dizer de modo mais elegante, a acomodação e perda de motivação para o trabalho[1].

O Brasil tem pouca tradição em garantir direitos sociais universais; a universalidade e a equidade, incorporadas na Constituição Cidadã de 1988, acabaram não se concretizando de fato nos sistemas das políticas públicas do Brasil. A Constituição instituiu, de fato, novas regras para benefícios vinculados à previdência social, com expressivos impactos tanto no aspecto da cobertura, quanto em termos redistributivos. Introduziu a aposentadoria rural regida por princípios diferenciados, desvinculando-o da contribuição individual e associando-o à comprovação da inserção no regime de produção, o que possibilitou a inclusão de milhões de trabalhadores. Implantou o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que assegurou uma renda mensal a todos os idosos e pessoas com deficiência e em estado de pobreza independentemente de qualquer contribuição[21]. Porém, muitas incongruências e ambiguidades marcaram o processo constituinte, sendo de importância especial para a presente discussão aquelas relativas ao descompasso entre os princípios universalizantes e as políticas de assistência social, dentro das quais se situam os programas de transferência de renda[27,28].

Por fim, há que se ressaltar os problemas de ordem operacional. Apesar de o Programa Bolsa Família incluir número expressivo da população brasileira e ter uma capila-

ridade no território nacional, é importante levantar algumas questões: a) todo o processo de seleção possui erros extrínsecos que são difíceis de evitar, tais como a utilização de critérios excessivamente rígidos que podem levar à exclusão de famílias que deveriam ser beneficiadas; b) é possível que haja famílias incluídas no programa que não sejam extremamente pobres, em virtude das dificuldades do programa em alcançar esse público, que muitas vezes não têm sequer a condição de participar do processo de seleção[29].

Várias são as tentativas de sintetizar os argumentos e as posições em conflito, apostando na efetivação de soluções conjunturais que contribuam para a construção de soluções estruturais para a pobreza, exclusão e desigualdades sociais[23,,30]. Esta é a questão central para Alberini[4]: saber se o programa está ou não inserido no processo de desenvolvimento social do país, contribuindo positivamente para mudar as condições de vida de seus beneficiários. E, ainda, qual tipo de inclusão social ele promove, como as oportunidades são geradas e como é proposta a saída da pobreza que os beneficiários do programa usufruem. Segundo a autora, abordar as relações entre a política de transferência direta de renda do Programa Bolsa Família, inclusão social e saúde, à luz de uma dada visão de desenvolvimento social, implica considerar tanto as possibilidades quanto os limites de um programa dessa natureza numa sociedade capitalista como a brasileira.

Considerações Finais

Ter a compreensão sobre a dimensão e alcance de um programa de transferência de renda como o Bolsa Família num país tão desigual como o Brasil não se restringe somente a análises técnicas, é necessário ampliar o olhar para conhecer as construções sociais desenvolvidas por ele. Muitas vezes a sua modelagem sofre criticas por ser um programa de políticas focalizadas. Como afirmado anteriormente, são necessários ajustes e avaliações sistemáticas, pois pobreza e desigualdade terão que ser combatidas sempre com medidas estruturais, e a focalização não cumpre esse papel, embora isso não signifique que seja ineficaz. O programa tem capilaridade no território nacional, mas obedece a um contingenciamento econômico que deixa camadas da população excluídas, obrigando a escolher o pobre dos mais pobres, além de que está na contramão da Constituição brasileira, que universaliza em seu escopo as políticas sociais.

O PBF é objeto de amplos estudos de avaliação em seus vários espectros, em nível institucional e social, com críticas robustas, mas também com muitos indicadores consistentes. Por isso que avaliações locais são contribuições que possibilitam a compreensão de como essas políticas funcionam na base. Diante da amplitude das questões apresentadas, é necessário buscar instrumentos para avaliação dos programas já implantados e, a partir dos elementos coletados, discutir a sua eficácia, o acesso das camadas vulnerabilizadas socialmente, as possibilidades de avançar em cobertura e a viabilidade econômica e política.

Importante ter claro também que, apesar das críticas que recebe, muitas vezes por desconhecimento e diferenças ideológicas, o PBF tem sido um instrumento eficaz de desenvolvimento e combate intergeracional da pobreza: por meio de suas condicionalidades, gerações sem acesso à educação hoje têm a oportunidade de ver os seus filhos trilhando outros caminhos. É necessário e pertinente que um programa dessa magnitude e envergadura invista em esclarecimentos sobre as dúvidas e interpretações equivocadas que na maioria das vezes são suscitadas pela população. E que ele não se reduza simplesmente a um cartão de repasse financeiro, mas constitua sim um mapa de oportunidades que insira o indivíduo em um processo de visibilidade social com objetivos claros para mudança de vida.

Referências

1. Frota MMR, Zimmermann CR. *O Brasil e as experiências internacionais de programas de transferência de renda*. [s.d.]. [Acesso em: 25 de abril de 2013]. Disponível em: http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/mainaramizziOBrasileasexperienciasinternacionaisdeProgramas.pdf.
2. Marques RM, Mendes Á, Leite MG, Jansen MR. O Programa Bolsa Família: para além do assistencialismo? Ensaios FEE. 2010; 31(1):259-82.
3. Mattei LF. Políticas sociais de enfrentamento da pobreza na América Latina: uma análise comparada entre Brasil e Argentina. *Revista Katálysis*. 2016 mar; 18(2):222-30.
4. Alberini M. *Nos limites do viver e do sobreviver*: o programa Bolsa Família, modos de vida e desenvolvimento social no contexto urbano. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010. [Acesso em: 18 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.teses.usp.br.
5. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Populacional 2010.* [Acesso em: 13 ago. 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br / home / estatistica / populacao / censo2010 / populacao_por_municipio.shtm.
6. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto, ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013; 382:57-64.
7. Paes-Souza R, Santos LMP, Miazaki ES. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization.* 2011; 89:496-503.
8. Weissheimer MA. *Bolsa Família*: avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010.
9. Medrado B, Pedrosa C. *Agende, pelo fim da violência contra as mulheres, um compromisso também dos homens*. Brasília, DF: AGENDE; 2006.
10. Fialho PJF. *O programa Bolsa Família em São Luís (MA) e Belém (PA):* um estudo sobre a relação entre gestão local e os efeitos do programa na condição de vida das mulheres. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
11. Ferro AR, Kassouf AL, Levison D. The impact of conditional cash transfer programs on household work decisions in Brazil. In: Akee RKQ, Edmonds EV, Tatsiramos K. (Ed.). *Child labor and the transition between school and work*. Vol.31. (Research in Labor Economics). Bingley: Emerald Group Publishing Limited;2010; 193-218.
12. Castro HCO, Walter MIMT, Santana CMB, Stephanou MC. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. *Opinião Pública*. 2009; 15(2):333-55.

13. Barham T, Rowberry J. Living longer: the effect of the Mexican conditional cash transfer program on elderly mortality. *Journal of Development Economics.* 2013; 105:226-36.
14. Behrman JR, Parker SW. Is health of the aging improved by conditional cash transfer programs? Evidence from Mexico. *Demography.* 2013; 50:1363-86.
15. Cacciamali MC, Tatei F, Batista NF. Impactos do Programa Bolsa Família federal sobre o trabalho infantil e a frequência escolar. *Rev Econ Contemp*. 2010; 14(2):269-301.
16. Silveira, FG. Um substituto para a substituição: os efeitos da combinação trabalho e escola do bolsa família sobre as crianças e adolescentes com idades de 10 a 18 anos. *International Policy Centre for Inclusive Growth*. 2013; 235.
17. Cardoso E, Souza AP. *The impact of cash transfer on child labor and school attendance in Brazil.* Working Paper No. 04-W07. Nashville: Vanderbilt University; 2004. [Acesso em: 25 de março de 2013]. Disponível em: http://www.vanderbilt.edu/econ.
18. Bourguignon F, Ferreira FHG, Leite PG. *Conditional cash transfers, schooling, and child labor: micro-simulating Brazil's bolsa escola program*. Washington, DC: World Bank. 2003. [Acesso em: 25 de março de 2013]. Disponível em: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/17179 License: CC BY-NC-ND 3.0 IGO.
19. Brasil. Presidência da República. *Relatório Nacional de Acompanhamento*. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasília: IPEA; 2007.
20. Brauw A, Gilligan DO, Hoddinott J, Roy S. *The impact of bolsa família on child, maternal, and household welfare*. Washington: International Food Policy Research Institute; 2012.
21. Jaccoud L. (Org.). *A construção de uma política de promoção da Igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos.* Brasília: IPEA; 2009.
22. Zimmermann CR. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. *Sur Rev Int Direitos Human*. 2006; 3(4).
23. Vaitsman J, Andrade GRB, Farias LO. Social protection in Brazil: what has changed in social assistance after the 1988 Constitution. *Cien Saude Colet.* 2009; 14(3):731-41.
24. Dayrell M. *Drogas e vulnerabilidade à morte por homicídios:* um estudo em uma área urbana. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011
25. Stein RH. *As políticas de transferência de renda na Europa e na América Latina: recentes ou tardias estratégias de proteção social*? [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.
26. Ivo ABL. *A reconversão do social*: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. *São Paulo em Perspectiva*. 2004; 18(2):57-7. [Acesso em: 17 de outubro de 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br.
27. Alvarenga LVBH. *A focalização e universalização na política social brasileira*: opostos e complementares. Texto para Discussão n. 56 – Outubro 2011. Centro de Estudos sobre Desigualdade e Desenvolvimento. Rio de Janeiro. 2011. [Acesso em: 22 de outubro de 2012]. Disponível em: http://www.proac.uff.br.
28. Leite AFN et al. *Programas de garantia de rende mínima – a rede de proteção social:* uma avaliação dos impactos em pequenas cidades do interior do Rio Grande do Norte. Seminário Nacional sobre Programa de Transferência de Rende. 2005. [Acesso em: 05 de abril de 2013] Disponível em: http://www.pgpp.ufma.br.
29. Medeiros M, Brito T, Soares FV. *Programas focalizados de transferência de renda no Brasil:* contribuições para o debate. Texto para discussão n. 1283. Brasília: IPEA; 2007.
30. Cruz MJV, Pessali HF. Dar o peixe e ensinar a pescar: racionalidade limitada e Políticas de combate à pobreza. *Economia e Sociedade*. 2011; 20(41):141-66.

Capítulo 11

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: PERFIL DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS E FATORES ASSOCIADOS AO DESCUMPRIMENTO DA CONDICIONALIDADE DA EDUCAÇÃO

Anísio Honorato Campos
Eliane Dias Gontijo
Maria da Conceição Werneck Cortes

Introdução

O delineamento de uma política de bem-estar social no Brasil é um processo ainda não consolidado. Iniciado na década de 1930, com a implantação de políticas sociais direcionadas para os trabalhadores urbanos, setor estratégico para o desenvolvimento industrial, obteve avanços significativos com a promulgação da Constituição de 1988, que elevou os direitos sociais à condição de direitos universais da cidadania. O Programa Bolsa Família (PBF), instituído em 2003 pela unificação, racionalização e ampliação de diferentes programas sociais até então dispersos entre os diferentes Ministérios[1], surgiu com o objetivo de implantar nova concepção de assistência social, no sentido de suprir as necessidades básicas por meio da transferência direta de renda articulada com o desenvolvimento de capacidades para mais autonomia social.

O programa concentra as ações de assistência social, segurança alimentar e nutricional, saúde, educação e transferência de renda, gerenciadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em parceria com estados e municípios. Às prefeituras cabe a tarefa de cadastrar as famílias, atualizar a base de dados do

Cadastro Único (CadÚnico), acompanhar o cumprimento das condicionalidades, bem como desenvolver ações complementares objetivando a constituição da autonomia dos beneficiários. O MDS, a partir das informações fornecidas pelo município, responsabiliza-se pela seleção das famílias que serão beneficiadas; e à Caixa Econômica Federal, por sua vez, cabem a função de operador do CadÚnico e a realização do pagamento dos benefícios. O controle social do programa é exercido mediante a constituição de comissões municipais intersetoriais e paritárias[2].

O foco da atenção do programa são as famílias empobrecidas cuja renda por pessoa seja de até R$ 140,00[a], representando 20,6% do salário mínimo de 2013, e as famílias em extrema pobreza com renda por pessoa de até R$70,00 mensais (10,3% do salário mínimo). Em 2016, o principal requisito para participar continuou sendo a renda. Famílias sem crianças, adolescentes ou gestantes precisam ter renda mensal *per capita* de, no máximo, R$ 77,00. Caso contrário, a renda precisa estar entre R$ 77,01 e R$ 154,00. Os três eixos orientadores são: transferência de renda, que promove o alívio imediato da pobreza; condicionalidades, visando reforçar o acesso a direitos básicos e a programas complementares que objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo a superarem as situações de vulnerabilidade.

Em 2011, o repasse de recursos foi superior a 17 milhões de reais, beneficiando mais de 13 milhões de famílias no país. Mais da metade do volume distribuído foi para a região Nordeste (51,7%)[3]. Em Minas Gerais, naquele ano, foram beneficiadas aproximadamente um milhão e duzentas famílias. No município de Betim, da região metropolitana de Belo Horizonte, estudado no presente trabalho, cerca de 20.000 famílias receberam o benefício[3]. As famílias, para fazerem jus ao benefício, assumem o compromisso de cumprir condições relativas à saúde e, especificamente quanto à educação, o compromisso de manter suas crianças e jovens entre seis e 17 anos na escola.

A frequência escolar é o indicador utilizado para monitorar o cumprimento da condicionalidade da educação das famílias beneficiadas. A apuração é realizada bimestralmente e a repercussão sobre os benefícios para as famílias em situação de descumprimento foi estabelecida pela Portaria GM/MDS nº 321 de 29 de setembro de 2008[2]. As sanções previstas são gradativas e diferenciadas por faixa etária do escolar e iniciam-se pela advertência após o primeiro descumprimento. A condicionalidade da educação limita-se ao monitoramento da frequência escolar com critérios diferenciados por idade. Para as crianças e adolescentes com idade entre seis e 15 anos exigem-se 85% de presença por período de apuração. E para os adolescentes, jovens de 16 a 17 anos, exigem-se 75%. As famílias com dificuldades em cumprir as condicionalidades devem ser acompanhadas pelas equipes do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou pela equipe de assistência social dos municípios que não tenham esses serviços organizados.

a Salário mínimo em 2013- R$ 678,00.

Os procedimentos necessários para assegurar de forma integral a promoção e a proteção dos direitos e segurança das famílias acompanhadas são garantidos pelo Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No Brasil, as intervenções públicas no social, em geral, são historicamente orientadas por uma lógica de atendimento das necessidades sociais de forma fragmentada, sem muitas preocupações com o monitoramento e a avaliação[4]. Nos meses de outubro e novembro de 2015, dos 17 milhões de crianças e jovens acompanhados, somente 88% tiveram a frequência escolar registrada. Deste total, 96% cumpriram o mínimo de presença de 85% (crianças e jovens de seis a 15 anos) e de 75% (jovens de 16 e 17 anos)[2].

A exigência de contrapartida é polêmica e as linhas argumentativas relativas a esse ponto encaminham, por um lado, para a defesa de políticas sociais focalizadas, nas quais as condicionalidades são valorizadas como estratégias que potencializam "a elevação do grau de efetivação dos direitos sociais" básicos dos beneficiários[5]; por outro lado, para os que defendem o caráter universal das políticas sociais e argumentam que, "sob a ótica dos direitos humanos, a um direito não se deve impor contrapartidas, exigências ou condicionalidades, uma vez que a condição de pessoa deve ser o requisito único para a titularidade de direitos"[6].

O princípio norteador do PBF é a inclusão de famílias pobres e em situação de extrema pobreza na política social, com o intuito de que sejam beneficiárias da rede de proteção social e se tornem protagonistas de seu viver e não simplesmente adaptadas à sobrevivência. Portanto, o programa concebe a educação como instrumento auxiliar do processo de constituição da autonomia.

Para muitas famílias, o recurso financeiro do PBF tem se constituído na primeira experiência regular de obtenção de rendimentos, o que não pode ser desconsiderado, principalmente quando se sabe que a superposição de desigualdades é importante mecanismo indutor de situações que as reforçam, reduzindo as chances de acesso e de usufruto de recursos e capacidades que permitam sua superação[7].

Para compreender a contribuição do PBF na inclusão social dos beneficiários, o presente estudo visa analisar o perfil epidemiológico das famílias beneficiárias residentes no município de Betim e identificar os fatores associados ao descumprimento das condicionalidades relativas à educação. Para tanto, foi realizado estudo transversal dos beneficiários do Programa Bolsa Família, tendo como fonte de dados o cruzamento de três sistemas de informação oficiais, disponibilizados pela Coordenação do Programa em Betim-MG. O município conta com 378.089 habitantes[8] e integra a região metropolitana de Belo Horizonte. É a sexta economia industrial do país e tem o maior PIB *per capita* do estado[9] e IDHM (2010) de 0,749, representando a 562ª posição no país[10].

Neste estudo, a população foi constituída por 12.750 famílias cadastradas entre janeiro de 2004 e janeiro de 2011, que apresentavam, em sua composição, escolares na faixa etária de seis a 17 anos e que, em dezembro de 2011, estavam ativas no Programa em Betim. As informações foram obtidas de três sistemas de informação: CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, Relatório de Repasses do Programa Bolsa Família em 2011 (RRPBF) e Sistema de Gestão de Condicionalidades (SICON). Para o relacionamento dos três bancos de dados foi utilizado o campo comum Número de Identificação Social (NIS) e foi possível identificar as características socioeconômicas das famílias cadastradas entre 2004 e 2011, ativas no PBF em 2011, e o cumprimento ou descumprimento da condicionalidade da educação.

A apuração da frequência escolar é bimestral e a repercussão sobre o benefício ocorre nos meses ímpares, iniciando em março sobre a frequência relativa ao bimestre outubro e novembro do ano anterior. As famílias beneficiárias foram divididas em dois grupos segundo o cumprimento ou não da condicionalidade. Os motivos de infrequência analisados são os que constam da Tabela de Motivo elaborada pelo Ministério da Educação (MEC). O registro da apuração é feito pelas secretarias municipais de educação a partir da informação fornecida pela escola frequentada e o monitoramento por gestores do PBF e pelas equipes de assistência social. As famílias foram comparadas quanto às seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade do responsável pelo benefício, situação econômica, condições de moradia, composição familiar, situação no mercado de trabalho (trabalha/não trabalha), número de pessoas na família e motivos do descumprimento, segundo a tabela do MEC.

As análises descritivas dos bancos CadÚnico e SICON incluíram distribuição de frequência e percentual das variáveis categóricas. O número de descumprimentos foi maior do que o de famílias, em alguns casos por ser resultado de apuração da frequência bimestral, podendo ocorrer várias vezes para um mesmo estudante e para uma mesma família. Os motivos de descumprimento foram analisados por distribuição de frequência e comparados com os perfis do titular do benefício e do escolar descumpridor, considerando-se a ocorrência do primeiro descumprimento identificado pela aplicação de advertência. Na análise univariada os motivos “abandono/desistência” foram analisados em conjunto com “desinteresse/desmotivação”, por serem consideradas etapas do mesmo processo de evasão escolar e foram comparadas com a segunda causa declarada, “negligência dos pais”.

A magnitude da associação foi estimada a partir da *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Na análise multivariada utilizou-se o modelo de regressão logística binária. Todas as variáveis que se mostraram associadas ao evento de interesse com significância estatística igual ou inferior a 20% foram incluídas, utilizando-se o teste de Hosmer Lemeshow para avaliação da adequação do

modelo e o qui-quadrado de Wald para o ajuste das variáveis. Para a organização dos dados utilizou-se o programa *Excel* 2007 e para a análise o SPSS versão 19.0. Este estudo faz parte do projeto maior intitulado "Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção da violência" e foi aprovado pela COEP da UFMG-CAAE (Etic 0223521220000).

Resultados e Discussão

Perfil dos beneficiários

A partir do cruzamento dos bancos de dados CadÚnico, RRPBF e SICON, identificaram-se 12.750 famílias residentes em Betim, com escolares na faixa etária de seis a 17 anos de idade, beneficiárias do Programa Bolsa Família no ano de 2011. Em 1.501 famílias (12%) houve descumprimento da frequência escolar prevista como condicionalidade da educação. Verificou-se que o titular era predominantemente (98%) do sexo feminino, classificado como "não casado" (71%), ou seja, solteiro, separado e viúvo, estando 79% na faixa dos 26 aos 45 anos de idade. Idosos respondem pela titularidade em 1,5% dos benefícios. A baixa escolaridade – analfabetos (8,5%) ou até quatro anos de estudo (32%) – foi declarada por quase metade dos responsáveis pelo benefício. Predominou a autodeclaração da cor parda (64,3%) e de famílias cuja renda está abaixo de R$ 70 *per capita* (64,7%), sendo que metade dos responsáveis pelo benefício declarou não trabalhar. Cerca de 60% dessas famílias são constituídos por três a quatro membros, tendo 4,1% um ou mais deficientes no grupo familiar. Quanto à propriedade do domicílio, 78% moram em casas próprias, abastecidas por água tratada da rede pública (96,5%), têm acesso à iluminação pública (98%), coleta de lixo (97,8%) e escoamento sanitário adequado (86,3%), seguindo o padrão de distribuição geral do saneamento básico para o município.

O programa Bolsa Família, ao priorizar as mulheres como responsáveis pelo recebimento do benefício, tem contribuído para elevar o respeito que elas passam a ter na vida familiar (IBASE, 2006) e proporcionar-lhe mais autonomia. Especialmente nos "rincões" deste país, o recurso tem permitido que as mulheres, "mais do que escolher entre comprar macarrão ou arroz, decidam se querem ou não continuar com o marido"[11]. Ao mesmo tempo, ao priorizar as mulheres como titulares, o efeito não desejado talvez possa ser a manutenção de mecanismos que reforçam a tradicional associação da mulher com o cuidado, função reprodutiva, o âmbito privado e a permanência no *status quo*. Nesse sentido, o programa encontra sérias dificuldades em se firmar como programa de redução das desigualdades[12]. De todo modo, em pesquisa realizada com mulheres beneficiárias, verificaram-se dois aspectos principais em seus relatos: a importância dedicada aos filhos e o desejo de uma vida melhor, traduzida pelo conjunto "educação-trabalho-dinheiro"[13].

Os resultados do presente estudo revelam que a maioria das famílias beneficiadas vivencia não apenas uma situação transitória de pobreza, mas um estado do qual a

questão econômica, apesar de exercer papel fundamental, não é o único aspecto responsável por sua manutenção. Embora se revele mais claramente na dimensão econômica, a questão da pobreza e da desigualdade social não está restrita a ela, comporta dimensões que constituem a complexidade da subjetividade humana. O estado de extrema pobreza cria uma espécie de circuito autorreprodutivo que reduz as chances reais de acesso e usufruto de recursos e capacidades que possibilitam a superação dessa condição[7]. Nesse sentido, a face mais cruel da miséria é que ela retira as oportunidades reais de escolher outro tipo de vida, de modo que "a realidade opressora, ao constituir-se como um quase mecanismo de absorção dos que nela se encontram, funciona como uma força de imersão das consciências"[14].

Verificou-se que 4,8% das famílias estão acima da renda *per capita* exigida para serem atendidas pelo programa[b].

Fatores Associados ao Descumprimento da Condicionalidade

Nas 1.501 famílias cujos escolares descumpriram o percentual de frequência exigido, os responsáveis eram mulheres (98%), declararam-se não casados e não brancos (78%), analfabetos ou com menos de quatro anos de escolaridade (46%), não trabalhavam (45%) e relataram renda de até R$ 70,00 por pessoa (68%), perfil semelhante ao das demais famílias (Tabela 11.1). As variáveis estado civil do titular, escolaridade, renda *per capita* e inserção no mercado de trabalho mostraram-se associadas estatisticamente ao descumprimento da condicionalidade da educação ($p<0,05$).

Famílias cujos responsáveis se declararam "não casados" têm 40% de chance a mais, contribuindo com 30% no descumprimento da condicionalidade de educação. Verificou-se que responsáveis pela família analfabetos ou com até a 4ª série do ensino fundamental possuem chance 32% maior de descumprimento, quando comparados àqueles que têm cinco a 12 anos de estudo, respondendo por 24% da ocorrência de descumprimento. Em relação à renda *per capita,* as famílias em situação de extrema pobreza têm 15% mais de chance de descumprirem, em se comparando com as famílias apenas pobres, sendo de 13% a contribuição dessa condição ao descumprimento. Quanto ao descumprimento da condicionalidade e à situação no mercado de trabalho, há significativa relação ($p=0,001$), sendo que a família cujo titular trabalha apresenta chance de 28% a mais de descumprir do que aquela cujo responsável pelo benefício não trabalha.

O modelo final da análise multivariada está apresentado na Tabela 11.2. Esse modelo mostrou bom ajuste (teste Hosmer Lemeshow – $p=0,62$)

b Caso o valor da renda familiar seja alterado para valores acima do perfil, o benefício passa a se enquadrar na regra "validade do benefício". Dependendo do valor da renda, a família pode continuar a receber o benefício até o próximo recadastramento bianual ou ter o benefício cancelado automaticamente (www.mds.gov.br/perguntas_frequentes).

Tabela 11.1. Características sociodemográficas do responsável pelo benefício do Programa Bolsa Família e a condicionalidade da educação, Betim, 2011

Características do responsável	Condicionalidade		Valor p	*Odds Ratio*	IC (95%)	RAP* %
	Descumpre n=1.501 n (%)	Cumpre N= 11.249 n (%)				
Sexo						
Feminino	1464 (98)	11028 (97,5)	0.196	1	[0,89; 1,79]	
Masculino	37 (2,4)	221 (1,9)		1,261		
Estado civil						
Casado	348 (23,2)	3343 (29,7)	<0.001	1	1.23; 1.59	29,5
Não casado	1153 (76,8)	7906 (70,2)		1.401		
Raça/cor						
Branco	316 (21,1)	2529 (22,5)	0.198	1	0.96;1.24	
Negro	1169 (77,9)	8579 (76,3)		1.091		
Escolaridade (anos)						
> 4 anos	805 (53,6)	6788 (60,3)	<0.001	1	1.18, 1.47	24,0
0 - 4 anos	696 (46,4)	4461 (39,7)		1.316		
Renda *per capita*						
> R$ 70,00	487 (32,4)	4010 (35,6)	0.014	1	1.03, 1.29	13,3
Até R$ 70,00	1014 (67,6)	7239 (64,4)		1.153		
Situação mercado						
Não trabalha	670 (44,6)	5721 (50,9)	<0.001	1	1.15, 1.43	22,1
Trabalha	831 (55,4)	5528 (49,1)		1.284		

* RAP= risco atribuível proporcional ou fração etiológica.

Em relação às características do responsável (Tabela 11.3), constata-se que idade e estado civil mostraram-se associados aos dois principais motivos de descumprimento das condicionalidades pelos escolares. Filhos cujos responsáveis têm mais de 40 anos têm chance 1,49 vezes maior de descumprirem por abandono (IC95%: 1,18-1,88) do que motivados por negligência dos pais, assim como os que se referem como "não casados", com chance 1,79 e IC95% variando de 1,41 a 2,27.

Tabela 11.2. Modelo multivariado final

Característica do responsável	Valor p	*Odds Ratio* bruto	IC (95%)	Valor p	*Odds Ratio* ajustado	IC (95%)
Estado civil						
Não casado	<0.001	1.40	1.23 - 1.59	<0,000	1,34	1,17-1,53
Escolaridade						
Analfabeto até 4ª série	<0.001	1.316	1.18 - 1.46	<0,000	1,34	1,20-1,49
Renda per capita						
Até R$70,00	0.015	1.153	1.02 - 1.29	0,047	1,13	1,02-1,27
Situação no mercado						
Trabalha	<0.001	1.284	1.15, 1.43	0,000	1,22	1,09-1,36

X^2=5,33 df= 7 sig 0,62.

Tabela 11.3. Fatores associados aos motivos de descumprimento do Bolsa Família, segundo características do responsável pela família. Betim, 2011

Características do responsável	Abandono / Desinteresse n (%)	Negligência dos pais ou responsáveis n (%)	Valor p	OR	IC95%
Sexo					
Masculino	32 (2,7)	10 (2,2)	0,57	1,23	0,59-2,52
Feminino	1163 (97,3)	447 (97,8)			
Idade (anos)					
>40	463 (38,8)	136 (29,8)	<0,001	1,49	1,18-1,88
19-39	732 (61,2)	321 (70,2)			
Etnia/cor					
Negros/Pardos	902 (76,3)	356 (79,1)	0,22	0,85	0,65-1,10
Brancos	280 (23,7)	94 (20,9)			

Continua…

… continuação

Tabela 11.3. Fatores associados aos motivos de descumprimento do Bolsa Família, segundo características do responsável pela família. Betim, 2011

Características do responsável	Abandono / Desinteresse n (%)	Negligência dos pais ou responsáveis n (%)	Valor p	OR	IC95%
Estado civil					
Não casado	933 (78,1)	304 (66,5)	<0,001	1,79	1,41-2,27
Casado	262 (21,9)	153 (33,5)			
Escolaridade (anos)					
0-4 anos	481 (40,3)	174 (38,0)	0,23	1,14	0,91-1,42
>4 anos	714 (59,7)	283 (62,0)			
Renda (reais)					
Até R$70,00	823 (68,9)	310 (67,8)	0,68	1,04	0,83-1,32
> R$70,00	372 (31,1)	147 (32,2)			
Composição familiar					
>5 pessoas	965 (80,8)	376 (82,3)	0,47	0,90	0,68-1,19
≤ 5 pessoas	230 (19,2)	81 (17,7)			

O Bolsa Família constitui-se em um programa que pretende reduzir as desigualdades e enxerga na educação um dos meios para sua conquista. Analisando os dados relativos ao cumprimento da condicionalidade da educação, constata-se que, entre os fatores associados ao menor descumprimento, além da renda familiar *per capita*, aparecem algumas características do titular do benefício, tais como ser casado, ter estudado mais de quatro anos e não trabalhar fora de casa. Tavares (2010)[15], embora reconheça que investigações mais profundas sobre o efeito do recebimento do benefício e as decisões de trabalho pelas beneficiárias devam ser realizadas, constatou a existência de um efeito-renda negativo sobre as decisões de trabalho das mães. O valor do benefício, no entanto, parece não ser suficiente para gerar o "efeito-preguiça". Se se associar a isso o fato de ser casado, o que significa a presença de outro indivíduo colaborando com as despesas, tem-se a associação de dois fatores associados a menos descumprimento e que parecem se relacionar com a renda familiar.

Para além de outros fatores – tal como dividir o cuidado dos filhos –, a presença de cônjuge parece representar relativa segurança de renda, possibilitando à mulher "flexibilizar" sua participação no mercado de trabalho, substituindo emprego formal por atividades executadas em casa. Sabe-se também que o potencial de trabalho de mulheres, especialmente pobres, necessita de uma rede de serviços (creches, escola de tempo integral, por exemplo) que lhes substitua o tempo de trabalho doméstico[16]. Nesse sentido, o benefício do programa compensaria a perda de renda que viria do mercado, mas permitiria mais atenção à vida escolar dos filhos, especialmente quanto à frequência.

Quanto à maior escolarização do titular e menos descumprimento, ainda que seja quase unanimidade o reconhecimento do valor da educação, uma família com mais escolaridade, especialmente da mãe, parece propiciar um ambiente no qual os recursos educacionais estão mais disponibilizados. Bonamino (2010)[17] ressalta que um arranjo familiar com baixo capital econômico, mas que disponibiliza aos filhos recursos educacionais, é um fator relevante para a vida e a aprendizagem dos filhos. Portanto, os fatores associados a mais cumprimento das condicionalidades parecem destacar a importância da mulher junto à família. Assim, é pertinente a questão levantada por estudos feministas quanto à necessidade de inserir a questão de "sexo" nas análises sobre as políticas voltadas para a família.

O Programa Bolsa Família não necessariamente funcionaria como um mecanismo de atualização de papéis sociais tradicionais de sexo. Porém, o benefício financeiro, por pouco que seja, parece potencializar o enfrentamento de questões fundamentais relativas à gênese da exclusão e da desigualdade que é a questão de sexo, evidenciando que a família, para além do lugar do afeto, pode se constituir também como lugar da reprodução das desigualdades[12]. A criação de espaços coletivos de participação e convivência apresenta-se como um importante meio pedagógico para possibilitar a vivência e a reflexão sobre essas questões na vida dos beneficiários. Além disto, é interessante a proposta do programa de "compensar", com elevação do benefício, famílias monoparentais de mulheres ou homens, indistintamente[16], já que são essas as famílias em mais vulnerabilidade e as mais suscetíveis ao descumprimento. Ao mesmo tempo, o recurso financeiro possibilitaria a "ajuda" necessária para que o beneficiário se constituísse como sujeito autônomo, uma vez que lhe permitiria, de certa forma, mais liberdade de reflexão sobre a "qualidade" do arranjo familiar que vivencia e se deseja ou não permanecer assim.

Motivos de Descumprimento

Entre os 2.485 registros identificados pelas secretarias das escolas de descumprimento no período estudado, verifica-se que 39% têm como motivos desinteresse ou desmotivação pelos estudos, que podem ser acrescidos aos 9,5% atribuídos à consequência desses, que é o abandono/desistência. Ressalta-se que um terço dos motivos

não consta da relação disponibilizada pelo MEC para monitoramento da frequência escolar. A negligência dos pais ou responsáveis responde por 18,4%. Quanto às características dos estudantes e à motivação registrada no primeiro descumprimento, identificado pela primeira advertência, verificou-se que desinteresse/desmotivação (38,7%) foi o motivo mais frequente, atingindo, igualmente, meninos e meninas (50,6 e 49,5%, respectivamente), que podem ter levado a 10% de desistência/abandono.

Mais da metade das advertências motivadas por desinteresse (53,4%) teve como protagonistas adolescentes com idade entre 11 e 15 anos, faixa etária na qual se concentra ainda, praticamente, metade das ocorrências por negligência dos pais (48,1%) e abandono dos estudos (47,7%). Famílias em extrema pobreza foram advertidas por abandono (79%), negligência (68,0%) ou por desinteresse dos alunos (66%). Titulares de famílias com mais de quatro anos de escolaridade concentram mais da metade das ocorrências de advertências por desinteresse pelos estudos (61%), negligência e abandono (62 e 55%, respectivamente). As advertências concentram-se em famílias cujos titulares se declaram não casados e foram devidas ao abandono escolar (81%), seguido pela desmotivação pelos estudos (77%).

Escolares com idade superior a 11 anos apresentam chance 4,56 (IC95%: 3,75-5,55) vezes maior de descumprir os critérios de condicionalidade devido a motivações próprias, como abandono/desistência ou desinteresse/desmotivação, do que aqueles relacionados à negligencia dos pais ou responsáveis. (Tabela 11.4). No que diz respeito à análise dos dados relativos aos motivos que levaram ao primeiro descumprimento da condicionalidade, ressalta-se a desmotivação, que atinge, indistintamente, meninos e meninas e que acabará levando ao abandono escolar. Segundo Corti (2011)[18], pesquisas internacionais têm demonstrado que a escola se torna um "problema" quando recebe os jovens, pois é nesse momento que começam a aparecer as inadequações destes ao ambiente escolar, a começar pelo tempo do jovem e o tempo da escola.

Na educação infantil, o tempo de aprendizagem não é descolado da vivência da criança, brinca-se e aprende-se o que já se encontra diluído na socialização infantil e que lhe é direito por ser criança. A chegada ao ensino fundamental demarca o anúncio de outra lógica, na qual se fala de ensino e não de educação. Inicialmente, permanece a lógica do respeito ao tempo da criança, mas o progredir nas séries vai impondo a lógica meritocrática para a qual não há espaço para uma narrativa em que o sujeito e sua trajetória se tornem voz autoral reconhecida pela escola. Sua história se dissolve na forma escolar em que ele se posiciona reativamente como aluno. Um ambiente acolhedor que seja significativo para o aluno, do ponto de vista da aprendizagem, deve ser aquele marcado por iniciativas que buscam o jovem "por trás" do aluno[18]. O momento crucial dessa ruptura de lógicas se dá precisamente na faixa etária na qual se concentram as ocorrências de advertências por todos os motivos de descumprimento.

Tabela 11.4. Características do escolar associados aos principais motivos de descumprimento do Programa Bolsa Família. Betim, 2011

Características do escolar	Abandono/desistência Desinteresse / desmotivação n (%)	Negligência dos pais ou responsáveis n (%)	Valor p	OR	IC95%
Sexo					
Masculino	632 (52,9)	265 (58,0)	0,06	0,81	0,65-1,01
Feminino	563 (47,1)	192 (42,0)			
Idade (anos)					
11-17	891 (74,6)	296 (64,8)	0,001	4,56	3,75-5,55
6-10	304 (25,4)	161 (35,2)			
Etnia/cor					
Negros / Pardos	962 (81,0)	380 (84,4)	0,06	0,76	0,56-1,01
Brancos	233 (19,0)	70 (15,6)			

Ainda sobre a escola, chama a atenção o expressivo número de descumprimentos advindos por motivos que a escola informa não existirem na tabela (30,1%). Isso pode ser indício do compromisso insuficiente da escola com os alunos, preenchimento burocrático dos motivos, pois o Ministério da Educação recomenda às escolas informarem a ocorrência de motivos novos justamente com o propósito de atualizar a ocorrência, aprimorar o monitoramento e propiciar acompanhamento social adequado às famílias. O programa, como estratégia que permita a constituição da autonomia via educação, fica limitado na medida em que o espaço coletivo da escola, que deveria possibilitar essa experiência, não consegue dinamizar o processo devido a uma série histórica de exclusão dos pobres do sistema de ensino. A expressão mais concreta dessa questão revela-se na qualidade do ensino.

Paiva (2010)[19] constata que, no âmbito da Política Nacional de Assistência Social, não consta qualquer arranjo institucional dedicado à organização e à mobilização popular com vistas ao fortalecimento do protagonismo dos beneficiários. Isso contradiz frontalmente a finalidade precípua de uma política de assistência social, que é a de contribuir para o desenvolvimento de ações permanentes de construção de cidadania e, nesse propósito, a participação popular é uma referência central. Quanto à educação formal, sua contribuição para a superação do ciclo de miséria e a constituição da autonomia dos sujeitos se dará na medida em que ela for "ato de conhecimento, não só de conteúdos, mas da razão de ser dos fatos econômicos, sociais, políticos, ideológicos, históricos"[20], ou seja, uma educação que forme cidadãos críticos e, por isso, de qualidade.

Considerações Finais

Frente às condições de vida indignas às quais uma parcela de brasileiros esteve/está submetida, os recursos financeiros tornam-se indispensáveis na proporção em que possibilitam aos indivíduos migrarem do estado de mera sobrevivência para a vivência, ou seja, instauram a possibilidade de uma vida melhor. No entanto, esse contingente de pessoas não está excluído apenas economicamente, mas social, cultural e politicamente e de quantas outras dimensões constituem o ser humano. Deste modo, quando os serviços públicos a que tem acesso essa população são serviços de "segunda classe", apenas se reforça a exclusão – se a rede de serviços acessada pelos beneficiários do Bolsa Família não atende dignamente às demandas, o programa estará se restringindo a garantir a inserção parcial no mercado. Um dos fatores envolvidos na manutenção desse ciclo de miséria pode ter sido o abandono histórico de setores empobrecidos, isto é, a violência estrutural, que se dilui na sociedade sob as mais diversas formas de manifestação. Reverter o processo é uma questão política de definição do papel do Estado diante de interesses e tensões presentes desde a elaboração até a implementação das políticas públicas. Nesse sentido, o Programa Bolsa Família também reflete esses conflitos.

A distribuição da renda no Brasil na década 2001-2011 atingiu o menor patamar de desigualdade desde os anos 1960. Ainda assim está entre as 12 mais altas do mundo. Tal diminuição deveu-se, fundamentalmente, à grande oferta de três fontes de renda: trabalho, previdência e Bolsa Família[21]. A repercussão disso na vida das pessoas, especialmente para as famílias mais pobres, tem se refletido não somente no aumento do consumo, mas também em mudanças de comportamento e estilos de vida.

A constatação de que as famílias que vivem em extrema pobreza são precisamente as que mais estão propensas ao descumprimento da condicionalidade da educação evidencia a necessidade de estratégias efetivas e intersetoriais não apenas de acompanhamento social das famílias, mas de ações permanentes direcionadas às famílias beneficiárias, muito especialmente àquelas voltadas ao fortalecimento da participação popular. Os motivos que levaram ao descumprimento revelam elevado grau de desinteresse ou desmotivação pelos estudos, o que pode ser um indicativo sobre a qualidade do ensino que lhes é ofertado bem como sobre o modo como são acolhidos na escola. O elevado índice de descumprimento advindo por motivo inexistente na tabela do MEC, por sua vez, pode revelar a necessidade de uma avaliação mais qualificada da infrequência dos alunos pelas escolas, o que contribuiria para o aprimoramento do banco de dados do SICON.

A integração dos diversos sistemas de informação que constituem o programa, conforme foi realizado neste estudo, representaria um ganho qualitativo primordial de auxílio no efetivo acompanhamento social das famílias, superando o caráter meramente fiscalizatório das condicionalidades.

O programa só cumprirá bem o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da autonomia social dos beneficiários ao melhorar a qualidade dos serviços ofertados. Isso dependerá tanto da capacidade de investimento do Estado nas políticas públicas de educação e saúde quanto da capacidade de essas políticas funcionarem como um processo pedagógico que auxilie na promoção do protagonismo popular, contribuindo para que os beneficiários se constituam como sujeitos políticos. Ações intersetoriais são essenciais como mecanismo de fortalecimento das ações de acompanhamento das famílias beneficiárias em descumprimento às condicionalidades.

Referências

1. Weissheimer M A. *Bolsa Família:* avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2006.
2. Brasil/MDS/SENARC. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome / Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. 2013. [Acesso em: 29/02/2016]. *Bolsa Família*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>.
3. Brasil/MDS/SAGI, 2011 *Relatórios de Informações Sociais 2011*. [Acesso em: 21/05/12]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/índex.php>.
4. Quiroga AM, Pastorini A, Garcia J, Morgado R. *Para além das estatísticas*: qualificar o Programa Bolsa Família. PUC-RJ/Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2008. [Acesso em: 03/12/2012]. Disponível em:<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/23P.pdf>.
5. Santos RLZ, Licio EC. Resultados e desafios do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. In: Curralero CRB *et al.* IV Congresso Consad de Gestão Pública: desafios para a gestão intersetorial e intergovernamental do PBF para o enfrentamento da pobreza. Brasília/DF. 25 a 27 de maio de 2011. Ed. Congresso Consad. [Acesso em: 21/05/2012]. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel 37-130 131 132.pdf>
6. Zimmermann CR. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do bolsa família do governo Lula no Brasil. *SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos*, 2006;, [Acesso em: 26 out. 2012]. 4(3):145-59,. Disponível em: <http://www.surjournal.org>.
7. Costa BLD. *Combate à miséria:* um balanço do esquecimento. Conjuntura Política: Boletim de Análise. DCP/UFMG, nº 13, Belo Horizonte, 1999.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *PNAD 2012*: Síntese de Indicadores. Rio de Janeiro, 2013.
9. Nossa Betim. *Histórico*. [Acesso em: 20 abril 2013]. Disponível em: <www.nossabetim.org.br>.
10. Granbel. Associação dos Municípios da RMBH. *Municípios metropolitanos*. [Acesso em: 21 maio 2013]. Disponível em: <www.granbel.com.br>.
11. Rego W. Entrevista a Sanches M. *Bolsa Família e a revolução feminista no sertão*. Disponível em: <http://revistamarieclaire.globo.com>. Acesso em 03/12/2012
12. Mariano SA. Gênero e combate à pobreza: programa Bolsa Família. *Revista Estudos Feministas*. 2009 set-dez; 17(3):901-908.
13. Magalhães KA *et al.* Entre o conformismo e o sonho: percepções de mulheres em situação de vulnerabilidade social à luz das concepções de Amartya Sem. *Revista de Saúde Coletiva*. 2011;, 21(4): 1493-1514

14. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
15. Tavares PA. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. Revista Economia e Sociedade. 2010 dez; 19(3): 613-635.
16. Lavinas L. Pobreza, transferências de renda e desigualdades de gênero: conexões diversas. Revista Parcerias Estratégias, Brasília/DF, Edição Especial: Análise sobre a PNAD 2004. Estudos: Centro de Gestão Estratégicas, Brasília, 2006.
17. Bonamino A *et al.* Os efeitos das diferentes formas de capital no desempenho escolar: um estudo à luz de Bourdieu e de Coleman. Revista Brasileira de Educação. 2010 set-dez; 15(45): 487-502
18. Corti AP *et al.* Jovens de 15 a 17 anos no ensino fundamental. Caderno de Reflexões, Brasília/DF: Via Comunicação, 2011.
19. Paiva B, Rocha M, Carraro D. Participação popular e assistência social: contraditória dimensão de um especial direito. Revista Katálise. 2010 jul/dez; 13(2): 250-59.
20. Freire P. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2000.
21. Brasil/IPEA. A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda. *Comunicados do IPEA* n. 155. Brasília/DF: IPEA, 2012. [Acesso em: 5 set 2012]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php? option=com_ alphacontent &view= alphacontent &Itemid=133>.

Capítulo 12

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA SOB O OLHAR DOS BENEFICIÁRIOS: ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS/MG

Rosângela Maria de Sousa Botelho Dias
Izabel Christina Friche Passos

Introdução

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda a famílias de baixo poder aquisitivo que estejam abaixo da faixa de R$ 140,00 mensais *per capita*, conforme define o Ministério do Desenvolvimento Social[1]. Os valores dos benefícios do Programa Bolsa Família variavam, à época do estudo, entre R$ 32,00 e R$ 306,00.

As condicionalidades definidas para recebimento do beneficio são contrapartidas que o grupo familiar deve cumprir nas áreas da educação e da saúde. As condicionalidades na área da educação correspondem a exigências de frequência escolar dos menores de 18 anos, justificada por se considerar a escolarização como elemento importante para o rompimento do ciclo de reprodução da pobreza entre as gerações. Na área da saúde, as condicionalidades envolvem a realização do pré-natal, a vacinação e o acompanhamento do desenvolvimento infantil, com ênfase no estado nutricional, além do acompanhamento à saúde da mulher.

O descumprimento das condicionalidades gera efeitos no recebimento do benefício, com repercussões gradativas: advertência, bloqueio, suspensão e cancelamento. Desse modo, pretende-se evitar o desligamento imediato do programa.

No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a garantia de uma renda mensal articulada com acompanhamento familiar é estabelecida como a estratégia mais adequada à identificação de fatores que levam ao descumprimento das condicionalidades. Esse acompanhamento é feito por meio de ações do Serviço de Proteção e Acompanhamento Integral à Família (PAIF), desenvolvido nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). No entanto, a prática evidencia que o acompanhamento das condicionalidades envolve diferentes políticas setoriais e sistemas de informação próprios, o que gera informações desconexas, sem critérios padronizados para a realização de alterações no sistema e ausência de capacitação das equipes nesse sentido. Ademais, a identificação dos fatores que levam ao descumprimento das condicionalidades não garante que serão construídas alternativas de superação das dificuldades, devido ao baixo leque de ações complementares ao programa no âmbito do PAIF.

Procedimentos Metodológicos

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo e exploratório com utilização de entrevistas semiestruturadas. A seleção dos sujeitos da pesquisa ocorreu a partir de dados do Cadastro Único, referentes ao público do PBF do CRAS Nordeste do município de Divinópolis, recorte do campo empírico da pesquisa. Por meio de seleção aleatória, pelo Programa *Microsoft Office Excel* – versão 2003, 10 famílias foram especificadas para a realização das entrevistas. O critério de seleção foi residirem no território de abrangência do CRAS Nordeste e fazerem parte do PBF há mais de um ano, sendo cinco famílias estáveis, cumprindo as condicionalidades, e cinco famílias que descumpriam as exigências do programa. O trabalho de campo foi desenvolvido nos meses de março e abril de 2013, por meio de visitas domiciliares para a realização de entrevistas com os titulares do PBF, que foram gravadas, transcritas e analisadas.

A entrevista episódica, norteada por roteiro flexível, foi eleita por constituir-se em uma técnica sensível aos contextos situacionais concretos e permitir a identificação do sentido subjetivo expresso no que é narrado, a fim de se compreender a relevância subjetiva e social do tema em estudo.[2]

Em consonância com a abordagem metodológica adotada, a análise de conteúdo foi a referência para o tratamento das entrevistas, pois tem a mensagem como ponto de partida, mas busca a interpretação do sentido que o entrevistado atribui às mensagens. Minayo[3] enfatiza que a análise de conteúdo busca verificar hipóteses e/ou descobrir o que está implícito em cada conteúdo manifesto. Franco[4] define que os resultados da análise de conteúdo devem refletir os objetivos da pesquisa e ter como apoio indícios manifestos e temas capturáveis no âmbito das comunicações emitidas. Os temas constituem unidades de significação que surgem do próprio conteúdo obtido e formam as categorias de análise.[5] A análise da trama de significados do conteúdo das

entrevistas deu origem a seis categorias: Concepções sobre o Programa Bolsa Família; Importância do Programa Bolsa Família; Conhecimento das condicionalidades; Ações complementares; Ressignificação da infância e Questões de gênero no Programa Bolsa Família. O Quadro 12.1 mostra as categorias de análise deste trabalho.

A pesquisa, vinculada ao Projeto "Saúde e Violência: subsídios para formulação de políticas públicas" (CAAE nº 0223512.2.0000.5149), foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quadro 12.1. Categorias temáticas e subcategorias associadas

Categorias	Subcategorias	Temas de análise
Concepções sobre o PBF	Vertentes de significado	- Ajuda, benefício, dinheiro - Direito
Importância do PBF	Possibilidades de aplicação dos recursos Regularidade do benefício	- Compra de alimentos - Compra de material escolar - Pagamento de contas (energia, água e gás)
Conhecimento das Condicionalidades	Nível de informação Gestão das condicionalidades Posicionamentos das famílias	- Frequência escolar - Levar no posto de saúde - Cumprir, prestar conta, atualizar o cadastro - Ter baixa renda
Ações complementares	Oportunidade Demanda	- Cursos - Transporte escolar - Projetos para adolescentes - Redução da conta de energia; casa própria
Ressignificação da infância	Mudanças de valores e de comportamento	- Trabalho - Estudo
Questões de sexo no PBF	Cristalização de papéis Reprodução das desigualdades de sexo Empoderamento da mulher	- Titular - Uso do pronome pessoal (eu)

Perfil dos Entrevistados do PBF de Divinópolis

Divinópolis, cenário do estudo, localiza-se na região centro-oeste do estado de Minas Gerais, a 124 km da capital. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[6], possuía 213.076 habitantes, área territorial de 708,115 km² e PIB no valor de R$ 3,37 bilhões, o que o caracteriza como município de grande porte. Divinópolis é importante polo das indústrias confeccionista, metalúrgica e siderúrgica do estado, possui uma Universidade Federal, com *campus* na área da

saúde com programas de pós-graduação, e três faculdades particulares, sendo duas com cursos de Serviço Social. Estudos desenvolvidos pela Fundação Educacional de Divinópolis[7] indicam que a região nordeste do município – campo empírico da pesquisa – é formada por 36 bairros e 34.904 habitantes. É a quarta região mais populosa do município, com desigualdades socioeconômicas significativas, bairros bastante diversificados em termos de infraestrutura e algumas regiões caracterizadas como área de risco para vulnerabilidades sociais, pela presença de tráfico de drogas e criminalidade. Havia, à época, o total de 973 famílias vinculadas ao PBF residentes na área de abrangência do CRAS Nordeste, com 246 delas (25,3%) em descumprimento de condicionalidades.

O perfil socioeconômico dos entrevistados é mostrado no Quadro 12.2. Das 10 famílias, nove encontravam-se dentro das condições de renda exigidas pelo PBF, duas possuíam renda de um salário mínimo e uma tinha renda superior a um salário, informação omitida intencionalmente pelo responsável quando de seu cadastramento. Esse fato evidencia a fragilidade do programa quanto à confiabilidade dos dados do CadÚnico e às limitações no uso da renda como critério prioritário de elegibilidade, uma vez que as famílias podem informar seus rendimentos de modo estratégico e a renda do trabalho não formal estar sujeita a grande volatilidade. A idade dos entrevistados variou entre 29 e 51 anos, sendo oito mulheres e dois homens. Observou-se o mesmo número de famílias constituídas por casal com filhos e família monoparental feminina; e uma família composta pelo pai, filhos e neto. Quanto à escolaridade, observa-se a baixa escolaridade dos entrevistados.

Quanto ao domicílio das famílias, predominam os imóveis cedidos e os provenientes de programas de habitação do governo federal, em menor número imóvel próprio e alugado, o que revela situação de moradia marcada pela dimensão da ajuda e assistência de terceiros. Tal situação revela, ainda, a importância da articulação entre o programa de transferência de renda e outras políticas públicas, neste caso, de habitação. Salienta-se que os entrevistados S1 a S5 constituem famílias estáveis no programa, há mais de um ano em cumprimento das condicionalidades, e de S6 a S10, famílias que não cumpriram plenamente as exigências previstas em relação à saúde e/ou educação. O Quadro 12.3 mostra os dados sobre as quebras das condicionalidades. A não observação da frequência escolar exigida pelo programa é de longe o principal motivo do bloqueio ou cancelamento do benefício.

Concepções sobre o Programa Bolsa Família

Verifica-se o predomínio de uma perspectiva assistencialista em detrimento da noção de direito de cidadania, construída a partir dos temas: ajuda, dinheiro e benefício, evidenciados nas falas dos entrevistados.

Quadro 12.2. Quadro descritivo de caracterização dos entrevistados

Entrevistado	Sexo	Idade	Estado civil	Composição Familiar	Escolaridade	Ocupação	Domicílio	Valor do Benefício
S1	F	31	Casada	Casal e 2 filhos	2º Grau	Do lar	Programa de Habitação	R$64
S2	F	29	União Estável	Casal e 3 filhos	6ª série EF	Do lar	Cedido	R$162
S3	F	37	Casada	Casal e 4 filhos	5ª série EF	Do lar	Cedido	R$200
S4	F	31	Solteira	Mãe e 3 filhos	1ª série EF	Do lar	Alugado	R$246
S5	M	41	Casado	Casal e 3 filhos	6ª série EF	Desempregado/ Vendedor	Próprio	R$64
S6	F	43	Solteira	Mãe e 4 filhos	5ª série EF	Do lar	Cedido	R$161
S7	F	29	Solteira	Mãe e 3 filhos	5ª série EF	Do lar	Cedido	R$166
S8	F	43	União Estável	Casal e 4 filhos	7ª série EF	Auxiliar de Serviços	Próprio	R$180
S9	F	41	União Estável	Casal e 1 filha	4ª série EF	Faxineira	Programa de Habitação	R$90
S10	M	51	Separado	Pai, 5 filhos e 1 neto	1ª série EF	Desempregado	Programa de Habitação	R$198

Fonte: entrevistas de pesquisa.

Quadro 12.3. Motivos de descumprimento das condicionalidades e repercussões sobre o benefício do PBF

Entrevistado	Descumprimento	Motivo	Repercussão	Situação
S6	Frequência escolar abaixo de 75%	Desinteresse pelos estudos/ Interesse em trabalhar	Bloqueio	Diminuição do valor do benefício pela retirada da adolescente do PBF
S7	Frequência escolar abaixo de 85%	Problemas de saúde na família	Bloqueio	Regularização
S8	Frequência escolar abaixo de 85%	Evasão escolar devido à violência na escola	Cancelamento	Exclusão da família do PBF
S9	Vacinação não realizada	Perda do cartão de vacina	Bloqueio/ Cancelamento	Exclusão da família do PBF
S10	Frequência escolar abaixo de 75%	Evasão escolar por gravidez na adolescência	Bloqueio	Diminuição do valor do benefício pela retirada da adolescente do PBF

Fonte: entrevistas de pesquisa.

Algumas falas dos entrevistados indicam pouco conhecimento formal sobre o Programa e certa postura passiva: “Foi através das pessoas mesmo da rua, que falava assim, cê tem direito, vai lá pro cê olhá… essa ajuda do governo, é uma ajuda boa” (S7); “Se o governo tá fazendo uma coisa boa, investindo pra ajudar os mais pobre é bão, né?” (S10).

Os beneficiários demonstraram pouca confiança na capacidade de controle e fiscalização do PBF, como nos critérios de definição dos valores dos benefícios, como se observa, a título ilustrativo, no seguinte relato:

Tem gente que tem menos menino na escola e ganha mais. Eu tenho três menino e ganho menos e tem uma aqui que tem dois menino e ganha mais do que eu. É uma bagunça. E eu não entendo por que tem tanta diferença no valor não. E tem gente que precisa e não tá (S6).

Segundo a literatura que trata de políticas públicas, apesar dos avanços na concretização do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), no processo de consolidação do Sistema Brasileiro de Proteção Social ainda permanece a perspectiva assistencialista em supremacia a uma concepção de direito e cidadania, poucas vezes mencionada na totalidade das entrevistas. Segundo Zimmermann[8], o Programa Bolsa Família, apesar de representar uma importante medida de enfrentamento da pobreza, possui uma lógica orientada por um

discurso humanitário de ajuda e assistência contrária ao provimento de direitos. Para o autor,[9] todas as ações do Estado direcionadas para a garantia de melhores condições de vida a cidadãos de baixa renda deveriam fundamentar-se no princípio da dignidade da pessoa humana, inscrito na Carta Magna do país.

Destacam-se os efeitos de naturalização da pobreza e identificação dos beneficiários com um lugar social de precariedade: "É um benefício bem razoável pra quem não tem condição de manter muita coisa" (S3); "Comecei trabalhar com meu pai de carroceira, né? Aí depois eu comecei trabalhar de doméstica. Sempre trabalhei em serviço humilde, nunca sonhei em trabalhar diferente do pai" (S6).

Souza[10], ao discutir o processo de naturalização da pobreza e manutenção das desigualdades sociais, questiona: "Que tipo de miséria o consumo não elimina? Que miséria é essa que o dinheiro por si só não vence e que se leva no corpo e que se transmite, sem perceber ou querer, aos filhos como uma espécie de herança irrecusável"? Para o autor, a sociedade brasileira persiste na reprodução do processo de naturalização da desigualdade e aceita produzir "gente" de um lado e "subgente" de outro, resultado não apenas de decisões políticas, mas de consensos sociais estabelecidos.

Importância do Programa Bolsa Família

Envolve as subcategorias referentes à compra de alimentos, material escolar e pagamento de contas de energia, água e gás. Revelou-se a importância econômica do Programa em aspectos muito pontuais:

Se cê precisa de algum remédio cê pode contar que tem a Bolsa Família pra poder comprar pros menino (S1).

Pra mim ter as coisas, pra alimentar os menino. Tê água pra tomá banho, tê luz pra sisti televisão… hoje eu recebi, aí deu pra mim pagar a água, pagar a luz, né. Eu pedi dinheiro pro moço emprestado pro gás, se tiver faltando arroz… aí eu peço ajuda né?… falta alguma coisa, a Conferência São Vicente de Paula, eles me dá uma cesta todo mês… Igual à escola, eles ganham o material, alguns eu compro (S6).

Embora importante em termos econômicos, a fala dos entrevistados revela que o valor monetário transferido às famílias mensalmente não é o bastante para garantir nem mesmo segurança alimentar e nutricional. Os estudos de Zimmermann[8] mostram que o valor da renda do PBF não é suficiente para que os beneficiários estejam livres da fome e que "o critério a ser utilizado para a avaliação do valor do programa deve ser o custo da Cesta Básica Nacional, que calcula o valor que cada pessoa adulta precisa para satisfazer as necessidades alimentares mínimas". Na mesma lógica, estudos de Osório *et al.*[11] afirmam a importância da transferência de renda, mas no caso de "famílias

extremamente pobres, a transferência não é suficiente para a superação da pobreza extrema, apenas diminui um pouco a intensidade das privações".

Pesquisa sobre o potencial de contribuição do Programa Bolsa Família para a superação da extrema pobreza, apresentada em Nota Técnica do IPEA, afirma: "viu-se que em 2011 o PBF [...] conseguiu reduzir a taxa de pobreza extrema de 5,3 para 3,4%, e a taxa de pobreza da população de zero a 15 anos de 9,7 para 5,9%"[12]. Apesar do impacto do PBF na vida das famílias pela melhoria nas possibilidades de aquisição de alimentos e bens de consumo elementares, no que se refere aos direitos humanos, os desafios persistem, pois não é atingida a garantia mínima de segurança alimentar e nutricional das famílias.

Conhecimento das Condicionalidades

As subcategorias são as associadas à frequência escolar, levar ao posto de saúde, atualizar o cadastro e ter baixa renda. Vale destacar que, embora mencionadas pelos entrevistados, os dois últimos temas não constituem condicionalidades do programa. Verificou-se que as famílias não possuem clareza quanto ao funcionamento das condicionalidades do programa e suas repercussões, a não ser quando há bloqueio do benefício e este não pode ser sacado conforme previsto. A maioria dos beneficiários entrevistados não considera difícil cumprir as exigências do programa, mas declararam dificuldade de acesso a orientações acerca dos motivos do bloqueio do benefício. A pesquisa revelou que os serviços mais procurados pelo público do PBF são os serviços de saúde, pela proximidade territorial, especialmente pela existência do profissional do serviço social que, segundo os entrevistados, realizam boa acolhida, escuta e direcionamento das demandas com resolutividade satisfatória, em termos de articulação da rede intersetorial local.

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SEMDS, ainda denominada pelos beneficiários como Pró-humana, também é citada por se localizar na região central da cidade, facilitando o acesso do público. Para demandas específicas da educação, as famílias procuram a escola quando não são convocadas por ela. O CRAS só foi mencionado por três dos entrevistados, sendo que apenas um é atendido no serviço, os outros dois apenas ouviram falar e os demais não sabem da sua existência, o que remete a uma reflexão sobre a localização do CRAS, que se constitui como elemento dificultador do acesso dos beneficiários e impede que o serviço se estabeleça como referência para os serviços sociais no âmbito da atenção básica.

Os entrevistados aludem à questão das condicionalidades do seguinte modo:

Quando a gente chega na escola eles perguntam: É do Bolsa Família? A gente fala que é, aí eles conversam. Eles orientam a gente a seguir certinho, porque senão o Bolsa Família perde". (S1) "Eu conheço assim, que não pode faltar da escola. Inclusive, o,h hoje meu filho não foi na escola porque, porque eles man-

daram uma carta pra mim que tinha que ir lá no posto… a assistente social deu o comprovante de que ele foi no posto, aí eu fui lá na escola, entreguei (S6).

Os entrevistados revelam falta de clareza sobre o termo condicionalidades e demonstram atitude de resignação e assujeitamento perante as convocações para comparecerem ao posto de saúde ou mesmo justificarem ausência dos filhos na escola. Observou-se, ainda, que a saúde parece estar mais incorporada como direito e como demanda, pois está relacionada a uma necessidade mais premente, ao passo que a educação ainda não se constitui como valor construído culturalmente para as famílias entrevistadas, ainda não está internalizada na história familiar e, como um bem de cultura, ainda precisaria ser desenvolvida. Pode-se explicar, assim, o fato de haver muito mais quebra nas condicionalidades na área da educação.

Segundo Lavergne, o acompanhamento das condicionalidades recai em uma regulação obsessiva sobre as famílias pobres, consideradas fora da normalidade, por não se enquadrarem nos ideais da educação, saúde, higiene, produção e consumo, por representar potencialmente uma ameaça à coesão social, à democracia neoliberal e à segurança pública.[13] Conforme Monnerat *et al*., existem distintos posicionamentos sobre as condicionalidades na literatura; ora são reconhecidas como formas de pressão social para a oferta de serviços à população, i.e., como oportunidade de garantia de acesso, ora como ameaça aos princípios da cidadania, pela obrigatoriedade.[14]

Sobre as condicionalidades na área da saúde, merece destaque a constatação de que os problemas de saúde das classes populares são principalmente decorrentes de questões de infraestrutura (habitação, saneamento básico, acesso à água potável, etc.) e muitos dos atendimentos dos centros de saúde se tornam paliativos ou mero cumprimento burocrático das exigências do programa. Zimmernann[9] assevera que a instauração de um Programa de Renda e Cidadania, sem condicionalidades, por pautar-se nos direitos humanos por si só, autoriza e justifica a idealização e consecução de uma política pública satisfatória. O Programa Bolsa Família, no entanto, não é efetivamente uma política, mas um programa que, além da manutenção do *status quo,* atende inclusive a interesses eleitoreiros. Ressalta-se, ainda, que, se a todo direito corresponde um dever, o termo condicionalidade mostra-se inadequado para definir a responsabilidade atribuída à família. A garantia do direito deveria passar pela via da conscientização, não pela via punitiva, sem esquecer o conjunto de instituições imbuídas de responsabilidades específicas no contexto do sistema de proteção social, pela oferta de serviços de qualidade.

Ações Complementares

Incluem os temas: cursos, transporte escolar, projetos para adolescentes, redução do valor da conta de energia e casa própria. Verificaram-se, nas falas, diferentes posicionamentos e demandas por parte dos entrevistados:

Eu vou nas escolas, eu vou nos projetos que tem… mas se cê fica meio parado no mundo, cê num faz um curso, que eles oferece… que é uma conquista… (S1).

Queria ter uns cursos pra 12 anos pra cima. Igual só com 16 anos pra cima… igual eu queria que ela fizesse curso de computação. Eu tentei por ela na AABB, mas duas vezes que eu fui lá e não consegui encaixar ela de forma alguma (S2).

Ah eu acho que tinha que ter muitos programas assim pros jovens (S3).

Eu penso assim, eu gostaria de ter uma casa pra eu morar com meus fio, né? (S4).

Agora passou o reforço pra escola, mas faltava o vale transporte pra ela frequentar, ela não tá frequentando (S4).

Destaca-se a importância das ações complementares para a ampliação das possibilidades de promoção social e autonomia das famílias, pois o PBF não é suficiente nem mesmo para atender ao que se propõe: a garantia de segurança alimentar. Observou-se que, entre os entrevistados com Ensino Médio, as ações complementares são vistas como o exercício de um direito. Assim, a escolarização parece favorecer a cidadania. No entanto, a maioria dos entrevistados fala das ações complementares como demanda e experiência de frustração. A pobreza e a falta de oportunidade não são vistos como uma questão social que exija enfrentamento e muitas vezes essa visão é reforçada "pelo processo de exclusão a que são submetidas essas populações e […] por experiências prévias malsucedidas dessas populações com o poder público"[15].

As dificuldades de reivindicação pessoal ou por mobilização social por parte das pessoas de baixa renda, denominadas de forma crítica e provocativa como ralé brasileira, é discutida por Souza[10]:

[…] as disposições da ralé agem contra um expressivo engajamento político, boa parte por estarem ocupadas com a satisfação de necessidades prementes, restringindo sua capacidade de fazer planos prospectivos. Além disso, o pouco conhecimento que incorporam torna-se verdadeiro obstáculo a ações articuladas e planejadas[10].

A despeito dos grandes desafios relativos a esse aspecto, essa discussão remete ao papel do CRAS, como instância mais próxima das famílias beneficiárias, de promover, nessas famílias e em conjunto com atores de outras políticas setoriais, a criação de espaços coletivos de discussão, informação e fomento à cidadania.

Ressignificação da Infância

Revelou-se que, na experiência pessoal dos entrevistados, a infância é associada a trabalho e pouca ou nenhuma oportunidade de estudar. Atualmente, buscam atender à exigência do programa quanto à frequência escolar dos filhos, colocada na totalidade das entrevistas como prioridade, conforme as falas a seguir:

Com oito anos eu trabalhava nas casas dos outros. Hoje não pode trabalhar mais, né, nem deve. Tem que estudar primeiro (S2).

Minha vida na infância, uai, vida sofrida… estudar, parei na 5ª. Meu pai nunca teve condições de comprar nem um caderno. Hoje… eu procuro saber o que tá acontecendo na escola (S6).

Meus menino não falta de escola, eu não deixo não, é ruim pra eles ficar sem leitura. Nóis num tinha estudo não, era desde pequeno trabaiá (S10).

Estudos do IBGE[6], a partir de dados da PNAD referentes ao período de 2001 a 2011, evidenciam que, em nível nacional, a escolarização de crianças de seis a 14 anos está praticamente universalizada, alcançando 98,2% em 2011. Entre adolescentes de 15 a 17 anos, a taxa de escolarização cresceu de 81%, em 2001, para 83,7%, em 2011. Em 2011, apenas 51,6% desses jovens estavam na série adequada, os demais em séries atrasadas, o que revela ainda alta defasagem idade-série. O avanço na taxa de frequência dos jovens do ensino médio foi ainda mais significativo para aqueles que pertencem às famílias com baixos rendimentos: de 13,0%, em 2001, para 36,8%, em 2011; e entre os pretos e pardos, de 24,4% para 45,3%, respectivamente. A proporção de jovens estudantes de 18 a 24 anos que cursavam o nível superior cresceu de 27,0%, em 2001, para 51,3%, em 2011.

Apesar do inegável aumento na taxa de escolarização no país, na última década, alguns desafios persistem, tais como o estabelecimento de um ensino de qualidade e superação do que Freitas (*apud* Souza)[10] define como "má-fé institucional", que consiste na capacidade das instituições de ensino em boicotar o processo de inserção socioeducacional dos alunos, devido a posicionamentos discriminatórios e preconceituosos diante de determinados seguimentos populacionais. Ressalta-se que o aumento da frequência escolar em si não garante processos de inclusão social nem o rompimento do ciclo intergeracional da pobreza, como propõe o programa. Observou-se que, no contexto de algumas famílias entrevistadas, embora os pais, muitas vezes, incentivem os filhos a irem à escola, isso funciona apenas como cumprimento de uma exigência externa, uma vez que não envolve o componente afetivo e a transmissão de hábitos de leitura ou experiência de sucesso escolar por parte dos pais. Nesse cenário, os filhos não encontram ressonância entre o cotidiano da família e os padrões de exigência da escola e, na prática, o mero cumprimento da condicionalidade da educação não corresponde exatamente ao resgate do valor da educação no núcleo familiar, como o programa preconiza.

O sistema de controle sobre as condicionalidades do PBF, não raramente, por meio de um discurso coercitivo, parece refletir uma preocupação em responder às exigências dos Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social para fins estatísticos. E também por resultar em transferência de recursos ao município, feito

mediante o Índice de Gestão Descentralizada (IGD) como forma de incentivo financeiro à gestão do PBF.

Questões de Sexo no Programa Bolsa Família

Destaca-se que colocar a mulher como responsável familiar é citado pelos idealizadores do programa como uma forma de valorização e reconhecimento de seu potencial para a administração dos recursos obtidos, conferindo-lhe mais autonomia nas decisões sobre o orçamento doméstico. Não obstante, estudos relacionados a questões de sexo e políticas sociais evidenciam a tendência do Estado a cristalizar ideologicamente o papel da mulher na família, fixando-a como responsável por funções domésticas, reprodutivas e de cuidado[16]. As falas dos entrevistados demonstram valores arraigados na cristalização de papéis, tais como:

Eu tive que ir lá fazer o recadastramento pro Minha Casa Minha Vida, aí as meninas pediram que eu passasse pro meu nome, porque não justificava ele (o cônjuge) ficar com o cartão… e por resto ele não queria ir lá dar satisfação, mudava de endereço, ele não queria ir lá falar que mudou, porque lá cê tem que prestar conta passo a passo. Então ficou mais fácil… eu que tô 100% com as crianças… eu sou o titular, eu corro atrás de tudo pra quem tem esse benefício (S1).

Meu marido só ganhava R$ 60,00 por semana, era servente de pedreiro e eu nunca trabalhei não, por causa das meninas (S2).

No dizer de Mariano e Carloto, ao cobrar das mulheres o cumprimento de tarefas relacionadas ao cuidado com os filhos e participação em tarefas exigidas no PBF, ocorre uma sobrecarga de obrigações e impedimento de que possam se disponibilizar para o trabalho remunerado[16]. Por outro lado, discussões sobre empoderamento devem ser consideradas. Segundo Moreira et al.[17], a Organização Mundial de Saúde define empoderamento como:

[…] um processo social, cultural, psicológico através dos quais indivíduos e grupos sociais tornam-se mais capazes de expressar suas necessidades, explicar suas preocupações, perceber estratégias de envolvimento na tomada de decisões e atuar política, social e culturalmente para satisfazer suas necessidades.

Paradoxalmente aos efeitos de cristalização no papel da mulher, as referidas autoras[17] afirmam que o PBF reflete-se na autonomia, autoestima e empoderamento das mulheres. O acesso à informação, à posse do cartão do programa e à obtenção de conta bancária confere *status* diferenciado às mulheres e as legitima como cidadãs. Assim, defendem que, embora ainda lento e embrionário, o ciclo de empoderamento das mulheres beneficiárias do PBF tem sido relativamente alcançado[17].

Conclusão

Pretendeu-se, com esta pesquisa, contribuir para identificar avanços, potencialidades e obstáculos para o alcance dos objetivos do Programa Bolsa Família, no contexto local. Os resultados encontrados parecem refletir estudos de maior escala sobre as condições de vida e os efeitos do Programa Bolsa Família. Priorizar a fala e a compreensão dos beneficiários do Programa Bolsa Família, que vivem no cotidiano a experiência prática da pobreza e cuja racionalidade muitas vezes se confronta com as do programa, considerado a partir do contexto local, permitiu algumas conclusões. Primeiramente, o entendimento de que o Programa Bolsa Família é uma importante iniciativa do governo brasileiro, que vem contribuindo para o acesso aos bens de consumo elementares, incentivo à escolarização e comparecimento aos serviços de saúde. É percebido pelos beneficiários como uma ajuda que contribui no orçamento familiar, promove a obtenção de alimentos, compra de material escolar e pagamento de contas de consumo doméstico básicos. No entanto, viu-se que o valor monetário concedido às famílias é insuficiente para a superação imediata da fome e não se constitui em renda de cidadania, mantendo o nível de mera subsistência dessas famílias.

Os entrevistados demonstraram pouco conhecimento a respeito do programa e das condicionalidades, tornando-se dependentes de orientações e convocações realizadas de forma muito pontual e, às vezes, de modo coercitivo. Dessa maneira, a gestão das condicionalidades funciona como mecanismo de controle que resulta em procedimentos meramente burocráticos, distantes da possibilidade de resgate da autonomia e conscientização do público acerca do exercício de direitos como cidadãos livres e responsáveis. Ademais, a imposição de condicionalidades se contrapõe aos direitos consagrados constitucionalmente e, embora seja necessário reconhecer seu papel no acesso a serviços de saúde e educação, há que se ter em conta que a mera presença na escola não significa garantia de oportunidades e ensino de qualidade. Da mesma forma, embora importantes medidas de cuidado e prevenção sejam tomadas no âmbito da saúde, a garantia de direitos deve envolver o amplo espectro de fatores relacionados à saúde da população e levar à criação de condições para a oferta de serviços de qualidade.

O processo de gestão das condicionalidades, marcado por um caráter coercitivo, diretamente relacionado ao risco de perda do benefício, deixa as famílias sob a tutela das instituições de saúde, educação e assistência social, mantendo-se o seu baixo nível de informação, instaurando e retroalimentando uma relação de dependência e heteronomia. A participação ínfima em ações complementares e a desarticulação entre as políticas de educação, saúde, habitação, emprego e renda fazem com o que o programa se restrinja à transferência monetária às famílias, desconsiderando-se o caráter multidimensional da pobreza. A proposta de promoção da autonomia das famílias ultrapassa as possibilidades do PBF.

Evidenciou-se, por meio da categoria *ressignificação da infância*, avanços em termos de escolarização, quando os entrevistados associam a própria infância ao trabalho e atualmente priorizam os estudos nessa faixa etária. Sobre as questões de sexo no PBF, observou-se que o papel de responsável familiar e titular do programa, assim como o acesso à conta bancária e a administração do benefício, são fatores que conferem empoderamento às mulheres, embora se verifique cristalização de papéis de sexo e desresponsabilização do pai de família. Uma perspectiva mais democrática deixaria ao encargo da família a decisão sobre a nomeação do titular para o programa.

Por fim, afirmam-se os inúmeros desafios para a superação da pobreza – as dificuldades quanto à integração entre as políticas de educação, saúde e assistência social e inclusão dos beneficiários como atores sociais importantes no processo de formulação, implementação e controle social do programa, bem como a importância fundamental da inclusão pelo trabalho. Não obstante, sua importância para as famílias beneficiárias é reconhecida como um passo (lento) do governo em direção ao enfrentamento da fome e da pobreza. Certamente, os resultados ora apresentados podem ser complementados com outras análises, para além do recorte aqui desenvolvido. Os estudos e pesquisas sobre o tema sugerem expressão de compromisso social e busca de alternativas efetivas de superação da fome e da pobreza que alarguem caminhos em direção aos direitos humanos e de cidadania.

Referências

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações técnicas sobre o PAIF*: trabalho social com família do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – FAIF. Brasília; 2012. v.2.
2. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
4. Franco MLPB. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Brasília: Liber Livro; 2005.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Comunicação social,* de 28 de novembro de 2012 [Internet]. [Acesso em: 10. fev. 2013]. Disponível em: http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2268.
7. Fundação Educacional de Divinópolis. *A configuração territorial de Divinópolis*: diagnóstico base para elaboração do anteprojeto de Lei do Plano Diretor Participativo de Divinópolis [Internet]. Divinópolis; 2013. [Acesso em: 10.maio. 2013]. Disponível em: http://planodiretordedivinopolis.wordpress. com/ category/plano-diretor-participativo-de-divinopolis/
8. Zimmermann CR. O Programa Bolsa Família sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil [Internet]. *Revista Internacional de Direitos Humanos.* 2006;3(4). [Acesso em: 10.fev.2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452006000 100009& script=sci_ arttext.

9. Zimmermann CR. O princípio democrático e constitucional da dignidade da pessoa humana e a existência do programa Bolsa Família: apontamentos sobre direitos elementares dos cidadãos de baixa renda [Internet]. *Revista do Direito*. 2009; 32:128-40. [Acesso em: 10.fev.2013]. Disponível em: https://online.unisc.br/ seer/index.php/direito/article/viewFile/763/1002.
10. Souza J. *A ralé brasileira*: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
11. Osório RG, Soares SSD, Guimar PH, Souza F. *Erradicar a pobreza extrema*: um objetivo ao alcance do Brasil [Internet]. Brasília: IPEA; 2011. [Acesso em: 10.fev.2013]. Disponível em: http:// www.ipea.gov.br/ portal/images/ stories/PDFs/ TDs/td_1619.pdf
12. Osório RG, Souza PHGF. *O Programa Bolsa Família depois do Brasil carinhoso*. Brasília: IPEA; 2012.
13. Lavergne RF. Programa Bolsa Família: uma nova modalidade de biopolítica. *Serv Soc Soc.* 2012;110:323-44.
14. Monnerat GL, Senna MCM, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do programa Bolsa Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2007; 12(6):1453-62.
15. Valente F, Franceschini T, Burity V. A exigibilidade do direito humano à alimentação adequada [Internet]. Brasília; 2007. [Acesso em: 10. fev.2013]. Disponível em: http://www.abrandh.org.br/ download/20100702205831.pdf.
16. Mariano SA, Carloto CM. Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família [Internet]. *Rev Estud Fem.* 2009;17(3):901-8. [Acesso em: 12.dez.2012]. Disponível em: www.sicelo.br/pdf/ref/ v17n3/v17n3a18.
17. Moreira NC, Ferreira MAM, Lima AATFC, Ckagnazaroff IB. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. *Rev Adm Pública*. 2012;46(2):403-23.

Capítulo 13

ACESSO AOS MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO

Fernanda de Castro Aquino
Soraya Almeida Belisário
Alzira de Oliveira Jorge

Introdução

Sabe-se que, para efetivar o direito à saúde como garantia fundamental, são necessárias ações positivas do Estado por meio das políticas públicas, que coordenem ações por meio das diversas esferas governamentais. Após a Constituição de 1988, o Brasil adotou o Sistema Único de Saúde (SUS), que se pauta num sistema hierarquizado, regionalizado, descentralizado e único para cada esfera de governo[1]. Um dos desafios dessa política é garantir o acesso aos medicamentos essenciais.

O acesso aos medicamentos essenciais é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos cinco indicadores relacionados à garantia do direito à saúde e se constitui numa ferramenta importante e necessária para melhorar e manter os níveis de saúde de uma população. Estima-se, porém que uma em cada três pessoas não possua acesso aos medicamentos e esses valores são mais agravados entre as populações mais carentes[2].

No Brasil, o local preferencial para o acesso aos medicamentos essenciais insere-se na Atenção Primária à Saúde (APS), por se tratar de espaço privilegiado para

oferecer à população acompanhamento sistemático, integral, com enfoque multiprofissional e holístico[3].

Neste estudo utilizaram-se os conceitos de acesso a medicamentos adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), Guerra Jr. *et al.*[4] e Rezende[5]. A acepção adotada por esses autores compreende que o acesso extrapola a mera existência dos serviços de saúde, atingindo novos fatores e dimensões da organização e manutenção desses serviços e a maneira como estes interagem com a população beneficiada. A OMS ainda elege como elementos essenciais do acesso a localização dos serviços de saúde (acessibilidade geográfica); a capacidade de adaptação e adequação do processo de trabalho diante dos costumes e valores da região (acessibilidade cultural); a disponibilidade dos serviços de forma contínua ao longo dos ciclos de vida (acessibilidade funcional); e a relação entre os custos dos serviços e a capacidade aquisitiva das pessoas (acessibilidade econômica)[6].

Assim, para viabilizar o acesso de forma contínua aos medicamentos no setor público, uma série de desafios é enfrentada, desde aqueles envolvidos na efetivação dessa política, seja pela dimensão de recursos públicos até fatores internos aos estabelecimentos de saúde e características ligadas ao processo de trabalho ou da própria população atendida.

Método

Este trabalho integra a pesquisa "Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária", que tem por objetivo principal investigar o perfil da violência e suas formas de abordagem, pautadas principalmente nas ações de promoção de saúde, no âmbito da Atenção Básica dos municípios de Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. O recorte aqui apresentado objetivou estudar o acesso aos medicamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) na região de Venda Nova em Belo Horizonte.

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação. O estudo foi realizado no período de novembro de 2014 a março de 2015 em três CS da regional Venda Nova do município de Belo Horizonte.

Venda Nova localiza-se ao norte do município de Belo Horizonte e possui população de 262.183 habitantes[7]. Possui 16 CS e uma farmácia distrital, entre outros[8].

A escolha dos CS procurou reunir elementos que permitissem discutir a problemática desta pesquisa e se justifica tanto por eles possuírem características particulares que podem enriquecer o estudo, quanto pelo interesse da pesquisadora em compreender melhor a realidade local sobre o objeto de análise, uma vez que faz parte do quadro dos trabalhadores de duas dessas unidades. Considerando os aspectos éticos relativos ao tipo de pesquisa escolhida neste projeto, os centros de saúde não serão identificados, mas sim nomeados como CS1, CS2 e CS3.

Numa breve caracterização de cada CS estudado, tem-se que o CS1 localiza-se no centro comercial da região de Venda Nova, atende a uma população variada devido à grande circulação de pessoas no seu entorno. Possui três Equipes de Saúde da Família (ESF) e população cadastrada de 12.340 indivíduos[8]. O CS2, mais ao norte da Regional Venda Nova, localiza-se em região limítrofe a dois municípios vizinhos a Belo Horizonte. Possui cinco ESFs, além de uma população cadastrada de 16.595 usuários. Já o CS3 tem elevado número de atendimentos, além de uma população quase totalmente dependente do sistema público de saúde. Conta com cinco ESFs e população cadastrada de 18.619 indivíduos[9].

Para as entrevistas e observação, foram utilizados roteiros como referência da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição e as anotações da observação foram registradas em diário de campo. Aqui serão abordados apenas os resultados das entrevistas.

A entrevista tem sido muito utilizada em pesquisas de campo e permite construir informações pertinentes quanto ao propósito da análise, estabelecendo claro objetivo entre as conversas[10]. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos e os informantes-chave foram identificados pela letra "M" quando se tratava dos médicos e pela letra "U" quando se referia aos usuários. Em alguns momentos optou-se por denominar os médicos como prescritores. Foram entrevistados os médicos integrantes das equipes de cada CS selecionado, totalizando nove profissionais, sendo três por CS, os quais foram convidados e concordaram em participar da pesquisa. Já os usuários entrevistados somaram-se 15, sendo cinco em cada CS. Esses usuários frequentavam o local no momento da coleta de dados e foram convidados a participar da entrevista.

Para a análise dos dados, empregou-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas para análise, interpretação e tratamento das comunicações a partir de procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens[11]. Após a transcrição das entrevistas, efetuou-se a leitura das mesmas repetidas vezes, possibilitando a sua codificação e categorização, sendo então definidas as seguintes categorias de análise: disponibilidade de medicamentos na CS; lista padronizada *versus* necessidades de medicamentos; dificuldades na assistência farmacêutica; funcionamento da farmácia; estratégias para obtenção dos medicamentos; orientações fornecidas na utilização e conservação dos medicamentos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer 01140812.1.0000.5149, e pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) 01140812.1.3001.5140. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantido o anonimato e o sigilo das informações.

Resultados e Discussão

Disponibilidade dos medicamentos no CS

Sabe-se que, para efetivação do acesso à saúde, um dos pontos fundamentais é a disponibilidade de medicamentos, entre outros determinantes. Esse tipo de disponibilidade também é denominado disponibilidade funcional e propõe que os medicamentos devem ser encontrados continuamente e em quantidades adequadas, respeitando-se as necessidades da população[12]. A maioria dos médicos entrevistados avaliou a disponibilidade dos medicamentos nos CS como boa. Informaram que grande parte dos usuários é contemplada, a demanda mais prevalente é atendida e que há quantidade suficiente de medicamentos. "Eu acho que tem muito medicamento" (M6) e "[…] as doenças crônicas acredito que […] o sistema público cobre bem" (M9). Um dos entrevistados reforçou a ideia de que a quantidade atende às expectativas, contudo, questionou sobre a qualidade dos medicamentos disponibilizados.

[…] acho que num geral os medicamentos conseguem suprir o mínimo aí necessário, não sei se com uma qualidade tão boa, mas, acho que em termos de quantidade […], consegue a maioria das medicações que a gente usa no dia a dia (M1).

Apesar da avaliação, em geral, positiva dos entrevistados, no tocante à disponibilidade dos medicamentos da PBH todos citaram que é constante o desabastecimento de alguns itens do estoque das farmácias, prejudicando o adequado atendimento às demandas da população. Ressaltaram que esse desabastecimento é variável quanto ao tipo de medicamento, não existindo algum que prevaleça: "São diferentes medicações, mas sempre às vezes está em falta, um ou outro" (M5). Entre as faltas mencionadas estavam fluoxetina, omeprazol, medicamentos infantis, salbutamol e benzilpenicilina, com destaque para os dois últimos – o salbutamol, por faltar justamente no inverno, período de sua maior utilização. Já a benzilpenicilina foi amplamente reconhecida como o maior problema daquele momento, devido à sua importância para o tratamento de determinadas doenças. Foi dito também que esse desabastecimento era geral e não apenas municipal: "[…] a gente está com o desabastecimento da benzilpenicilina, mas que está sendo geral […]" (M8).

Em estudo também realizado em um CS da PBH, D'Ávila[13] observou na farmácia o comentário de uma atendente sobre o desabastecimento do medicamento no mês de junho: "nessa época do ano e eles não liberam salbutamol". Os médicos também informaram que, na maioria das vezes, os medicamentos não demoram a ser reabastecidos: "às vezes falta, mas é temporário, daí chega, então dá para a gente tratar" (M7). Apenas dois entrevistados consideraram ruim ou restrita a disponibilidade dos medicamentos no CS. Um deles pontuou a falta de injetáveis para uso na sala de observação/urgência que, para ele, obrigava, mesmo que de forma eventual, ao encaminhamento dos pacientes para uma unidade de pronto-atendimento (UPA).

No que se refere aos usuários, a maioria relatou ter suas necessidades atendidas em relação aos medicamentos disponibilizados na farmácia do CS. Alguns afirmaram que nunca deixaram de conseguir seu medicamento, estavam satisfeitos com o atendimento prestado e que, mesmo em períodos de desabastecimento, existe a orientação para retornar à farmácia após alguns dias, quando geralmente o medicamento é encontrado.

[…] eu nunca deixei de conseguir […] (U2).

Atende. É muito boa. Inclusive os funcionários atendem muito educados (U13).

Se não tiver eles falam […] volta que vai chegar. Aí eu volto e realmente já chegou (U9).

[…] às vezes […] numa semana não tem, na outra semana chega (U13).

Contudo, há também quem tenha opinião diferente: "tem vez que a gente vem e não acha e tem vez que acha" (U8, ao relatar o atendimento parcial de suas necessidades). Outra usuária declarou que houve falta de medicamentos no ano de 2013, mas a mesma foi equacionada em 2014. Informa não receber no CS apenas um item de todos de que necessita, o atenolol 25 mg.

Portanto, apesar do desabastecimento ser citado como um fator recorrente, muitas vezes ele se mostrou momentâneo e rapidamente resolvido, como mostraram os resultados das entrevistas. No entanto, sabe-se, também, que um dos propósitos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) é garantir o acesso aos medicamentos para a população, considerando sua continuidade e qualidade[14]. Dessa forma, o desabastecimento provavelmente acarretou prejuízo ao acesso a esses itens.

Um dos usuários manifestou insatisfação quanto ao atendimento de suas necessidades pela farmácia do CS, porque só consegue os medicamentos de baixo custo financeiro:

[…] se eu vou num médico particular ou […] da prefeitura, eu acho que se passar um remédio para fazer uso, deve passar um que o posto me dá, seja ele barato ou seja ele caro. Eu estou achando aqui só os baratos, de seis ou oito reais a cartela e não estou encontrando o outro que é o mais caro (U15).

Essa opinião é corroborada por outra usuária que relata a não disponibilização de medicamentos mais caros dos quais faz uso. Acredita, ainda, que os medicamentos poderiam ter melhor qualidade se fossem provenientes de laboratórios melhores: "eu acho que tem algumas coisas que deixa a desejar […] medicamentos que poderiam ser melhores, de laboratório melhor" (U2).

Achado semelhante foi encontrado no estudo de Paula *et al.*[15], que discute o acesso aos medicamentos como direito social, a partir dos usuários de medicamentos para controle de diabetes e hipertensão. Foram realizados grupos focais com os usuários e um deles se manifestou com o relato: "porque eles mandam só os mais baratos e os caros mesmos eles não mandam" (relato de usuário).

Acredita-se que haja, entre os médicos e usuários, certo receio de determinados laboratórios, em especial se os medicamentos disponibilizados são genéricos ou similares. Atualmente, tanto os genéricos quanto os similares possuem exigências de testes de biodisponibilidade relativa e equivalência farmacêutica que comprovem eficácia comparável ao item de referência e, portanto, o substituem com mesma qualidade[16]. Outra consideração pode ser feita. Segundo Guerra Jr. *et al.*[4], "as fracas regulamentações existentes podem significar a presença de medicamentos de baixa qualidade e falsificados, ao invés de medicamentos seguros e efetivos" (p. 169).

Guerra Jr. *et al.*[4] (2004), ao estudarem as farmácias públicas e privadas nas regiões norte e Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, verificaram disponibilidade de 46,9% de medicamentos essenciais nas prateleiras das mesmas. Observa-se, portanto, que em diferentes cenários há ainda importante contingente de usuários que não têm sua demanda por medicamentos atendida, o que contraria a garantia de acesso preconizada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

Lista padronizada de medicamentos *versus* necessidades

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades de saúde da população e devem ser selecionados mediante eficácia e segurança comprovadas, além da qualidade e custo favorável. Periodicamente a OMS disponibiliza a lista de medicamentos essenciais para servir de modelo aos países[17]. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por sua vez, é um instrumento estratégico que orienta a seleção e aquisição de medicamentos adequados para o tratamento e prevenção das doenças mais comuns na população e atua também como referência na elaboração das listas estaduais e municipais[18]. Atualmente em BH, a Relação de Medicamentos do Município (REMUME) conta com 234 fármacos em 390 apresentações que estão disponíveis nos CS e demais unidades de saúde de acordo com o tipo e a complexidade do serviço[8].

A oferta de medicamentos disponibilizados pela PBH constantes da REMUME foi considerada boa pela maioria dos prescritores. Para eles, grande parte da população tem suas necessidades atendidas, sendo possível tratar as doenças mais prevalentes, como o diabetes e a hipertensão.

Num geral atende, então as doenças crônicas […] são bem tratadas (M8).

Atende a maioria, cerca de 90% assim (M3).

O estudo de Acurcio *et al.*[19] avaliou 4.607 prescrições médicas recebidas nas farmácias dos CS de Belo Horizonte. Os resultados revelaram que a porcentagem de receitas contendo todos os medicamentos padronizados pela SMSA/BH foi de 88,7% para as prescrições internas, ou seja, provenientes da rede SUS/BH e 76,4% para as externas.

Tais achados sugerem que a lista padronizada da PBH é adequada para atender às demandas de medicamentos da população.

Os entrevistados, mesmo aqueles que elogiaram a REMUME, foram unânimes em identificar a necessidade de sua ampliação. Como exemplo dessa necessidade, os antidepressivos foram mencionados várias vezes nas entrevistas. Alguns médicos de CS distintos avaliaram como elevada a demanda de usuários que necessitam fazer uso de medicamentos psicotrópicos. Outra sugestão apresentada foi a de que a REMUME contemple antidepressivos específicos para idosos, devido à crescente demanda deste público nos centros de saúde.

Às vezes o paciente tem algum efeito colateral com a fluoxetina, a gente não tem uma segunda opção para passar (M5).

[…] precisaria ter mais antidepressivo, porque estes tricíclicos são muito pouco utilizados (M7).

[…] por exemplo, fluoxetina não serve para idoso, não é um bom remédio para idoso. Tinha que ter uma sertralina, um citalopram (M6).

Uma entrevistada opinou que, em relação aos anti-hipertensivos, apesar de abrangentes, ainda faltavam opções de drogas combinadas para melhor comodidade posológica. A falta de alternativas de antialérgico infantil foi também lembrada. Por fim, alguns médicos indicaram a falta de medicamentos para hipertrigliceridemia, antivertiginosos, antibióticos para tratar infecções de ouvido e colírios para casos de conjuntivite: "[…] de vez em quando chega alguém com conjuntivite aqui; viral, bacteriana, alérgica, não tem […] tem que comprar […]" (M9).

Sabe-se que, em 1998, a REMUME possuía um elenco de 110 fármacos em 170 apresentações. Após 17 anos e reavaliações periódicas com o objetivo de melhoria e adequação, o incremento na REMUME é indiscutível[20]. Entretanto, novas possibilidades para o tratamento das doenças pode ser necessário. Pensando nisso, a PBH disponibiliza o formulário de "Solicitação de Alteração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) Comissão de Farmácia e Terapêutica", por meio do qual as pessoas podem sugerir novos medicamentos, baseando-se em evidências e estudos clínicos.

Dificuldades na assistência farmacêutica

As dificuldades relatadas referiram-se a questões tais como prescrição de medicamentos não padronizados; necessidade de renovação da prescrição num curto período de tempo; e processos lentos e burocratizados na aquisição de medicamentos. Foram pontuados problemas na continuidade do tratamento, quando é necessária a prescrição de medicamentos não padronizados para usuários sem condições financeiras de adquiri-los, bem como nos casos dos pacientes que iniciaram o tratamento com médi-

cos particulares e foram encaminhados para dar seguimento no CS portando receitas de medicamentos não padronizados. Tal situação leva à necessidade de substituição do medicamento ou mesmo de tentar suspendê-lo, no caso de se tratar de ansiolítico.

[…] paciente que usa diazepam tem que estar vindo pegar a receita de dois em dois meses, complica muito a vida da gente, porque às vezes não foi paciente que você iniciou, mas a gente não consegue tirar este remédio (M6).

Os entrevistados relataram que o processo de aquisição de alguns medicamentos não disponíveis no CS, mas encontrados na rede pública de saúde, são burocratizados e lentos. Nesse sentido, foram referidas as seguintes dificuldades: itens disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, em especial a insulina de ação lenta; necessidade de espera por alguns antibióticos; exigência de relatório para obtenção de maior número de comprimidos.

[…] uma coisa que eu acho chata é certas doenças a gente ter que fazer um relatório para conseguir um volume maior de medicação […] (M8)

[…] a insulina de ação ultralenta […] que tem um processo muito burocrático para o paciente conseguir a liberação dela (M8).

Um dos entrevistados comentou que, nos casos em que o médico decide por prescrever um medicamento não contemplado na REMUME, o funcionário da farmácia tem orientado os usuários a retornarem a ele, com o intuito de solicitar a substituição do medicamento por outro disponível no CS. Ele acredita que tal procedimento prejudica seu trabalho e acaba realizando uma nova consulta para esses pacientes. A confecção de nova receita médica a cada dois meses para os medicamentos psicotrópicos foi também citada com uma dificuldade.

Funcionamento da farmácia

A maioria dos profissionais alegou não possuir dificuldades em relação à farmácia do CS e avalia o serviço como bom: "[…] é bem tranquilo! Não vejo dificuldade nenhuma" (M7). "A dispensação dos medicamentos padronizados acontece sem grandes problemas, mesmo quando há necessidade de relatório para se conseguir determinado item".

[…] em relação ao H. Pylori é tranquilo, porque solicita (M6).

Tuberculostático é rápido, de repente podia ter algum no estoque, para começar mais rápido (M6).

Em relação às atividades realizadas na farmácia dos CS, a PBH possui procedimentos operacionais padrão (POP) para conduzi-las e padronizar sua execução em todo o município. Assim, alguns medicamentos ficam em estoque apenas nas farmácias distritais, sendo disponibilizados mediante algum pedido. Já em relação aos tubercu-

lostáticos, normalmente é encontrado nas farmácias o quantitativo para o tratamento mensal de um paciente recém-diagnosticado[21].

Alguns médicos também elogiaram o farmacêutico.

[...] em termos de farmácia [...] aqui é muito bom, a nossa farmacêutica tem uma experiência boa, sempre ajuda (M2).

[...] a farmacêutica está sempre à disposição aqui também [...] (M3).

O trabalho do farmacêutico é importante nos CS, pois além de realizar ações técnico-gerenciais na farmácia ele também atua como integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), executando atividades de assistência ao paciente, realizando atendimentos, visitas domiciliares e atividades coletivas. Como integrante de uma equipe multiprofissional o farmacêutico também busca promover o uso racional de medicamentos, além da melhoria das condições de saúde da população.

Estratégias para obtenção dos medicamentos

Muitos médicos informaram utilizar o programa "Aqui Tem Farmácia Popular" do Ministério da Saúde em parceria com as prefeituras e drogarias da rede particular, como estratégia para viabilizar o medicamento ao seu paciente. Para esses profissionais, o programa é visto como uma solução para o acesso a itens desabastecidos do CS: "algumas medicações que não podem ser divididas e não tem aqui, mas aí consegue na popular [...]" (M1).

Sabe-se que o Programa Farmácia Popular foi lançado em 2004 pelo Governo Federal com o propósito de ampliação do acesso. O programa adota o sistema de copagamento e tem como foco as pessoas que utilizam o sistema privado de saúde, mas com rendimentos inferiores para adquirir medicamentos de forma adequada. No entanto, o que se vê são os usuários do SUS acessando o programa como maneira de suprir a ausência de medicamentos nas unidades públicas de saúde[22]. Com o fechamento das unidades da rede própria da Farmácia Popular do Brasil em Belo Horizonte, os usuários podem adquirir os medicamentos do programa na rede de farmácias e drogarias privadas credenciadas.

Alguns entrevistados também informaram o fornecimento de amostras grátis aos usuários. Ressaltaram, porém, que as visitas de representantes da indústria farmacêutica foram proibidas recentemente nos CS da PBH, o que tem limitado o acesso às amostras: "a gente tinha amostra, não tem mais" (M9).

Um profissional contou que, no caso de o medicamento não ser padronizado, ele próprio se empenha em conseguir a medicação. Em alguns casos é necessário encaminhar o usuário a um médico especialista da rede para que este então consiga o medicamento na atenção secundária, uma vez que, na atenção primária, não houve como tratar a doença.

Já os usuários apresentaram respostas variadas sobre as estratégias utilizadas quando não encontraram o medicamento na farmácia do CS. Entre elas, a opção de compra foi a mais frequente. As demais opções consistiram em manipular o medicamento, adquiri-lo em drogarias onde o pagamento pode ser efetuado posteriormente e utilizar a farmácia popular.

[…] tem que comprar […] não tem outro meio (U1).

Eu vou na farmácia popular (U11).

Importante destacar que os entrevistados que fazem a opção por comprar o medicamento demonstraram preocupação com a saúde, em ficar sem o mesmo – "compro na farmácia. Quando não tem aqui, a gente tem que comprar. Não posso ficar sem o medicamento" (U3).

Uma usuária adquiriu um dos seus medicamentos pela Secretaria de Estado de Saúde, por ser o mesmo de alto custo; outro informou ter procurado o seu medicamento em um CS de outra regional, mas não o encontrou. Essa parece ser uma prática comum, quando há redução do acesso, fazendo com que as pessoas procurem seus medicamentos em outros locais diferentes da região onde receberam atendimento médico[4].

Houve, ainda, dois casos em que os usuários ficaram sem o medicamento enquanto aguardavam sua reposição na farmácia do CS. "Se não tiver na farmácia […] eu espero chegar. […] dinheiro para comprar não tem […]" (U13).

Sabe-se que, muitas vezes, os indivíduos não têm condições financeiras favoráveis à compra dos medicamentos. No caso de doenças crônicas, que exigem tratamento em longo prazo, a situação pode se tornar mais complicada. Essas pessoas deixam de tomar o medicamento ou o fazem de forma descontínua, podendo ocasionar acutização da doença ou até internações que poderiam ser evitadas. Dessa forma, pode-se inferir que a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas farmácias públicas penaliza a parcela mais vulnerável da população, que depende da sua obtenção como única opção de tratamento[22].

Orientações fornecidas na utilização e conservação dos medicamentos

Para garantir o uso racional de medicamentos, proposto pela PNM, é necessário que a prescrição seja apropriada, que exista disponibilidade dos itens, que a dispensação aconteça em condições adequadas e que o consumo dos medicamentos ocorra nas doses e intervalos indicados[18]. Muitas vezes, porém, a falta de informação ou a não compreensão do que deve ser feito podem prejudicar o consumo adequado dos medicamentos. Como consequência, verifica-se aumento da incidência de efeitos adversos; não adesão ao tratamento; eficácia limitada do medicamento e outras situações que podem piorar o estado de saúde do paciente[23]. Os depoimentos mostraram diferen-

tes situações neste quesito, sendo que a maioria dos usuários entrevistados declarou nunca ter recebido informação de como administrar ou armazenar os medicamentos.

Não […] nunca tive orientação nenhuma, nem como conservar, nem de tomar e fazer uso e de nada (U15).

[…] para quem não sabe, não tem explicação não (U9).

Geralmente os usuários seguem a prescrição para se nortear sobre o modo e os horários de administração dos medicamentos. Procuram também obter informações na bula ou simplesmente gravar o modo de tomar a medicação.

Não […] eu leio na bula ou, quando não tem a bula, eu vejo o jeito que o médico prescreveu (U2).

A gente grava na cabeça e a gente tem que tomar […] (U14).

Um deles alegou ser sua responsabilidade tomar a medicação corretamente, como um autocuidado: "[…] tomar é responsabilidade da gente. Se a gente quer o bem da gente tem de ser assim" (U14). Outro, pelo fato de utilizar o mesmo medicamento há muitos anos, domina como o mesmo deve ser administrado e armazenado.

Não… eles não falam nada disso comigo não, eu já ponho lá em cima no armário […] num lugar seco, e o horário de tomar eu já sei, porque eu tomo há muitos anos (U7).

Em seu estudo, Alves[24] quase não verificou o fornecimento de orientações aos usuários durante a dispensação, e quando elas ocorriam se restringiam, na maioria das vezes, à leitura dos dizeres prescritos. Contudo, alguns usuários afirmaram receber orientações na farmácia do CS e descreveram situações em que os atendentes identificaram o uso incorreto dos medicamentos, tendo como indícios a sua solicitação antes da data prevista para nova retirada e a recusa em recebê-los, com a justificativa de ainda possuir estoque em casa.

[…] eu moro sozinha e não sei ler […] Elas me ensinaram. Esse aqui é para tomar de manhã, esse aqui à noite (U10).

[…] As meninas ali falam […] […] é assim, guarda assim, não deixa o seu remédio guardado na bolsa. Porque a bolsa da gente é quente, dá calor. Se deixar estraga (U12).

Duas usuárias declararam saber administrar corretamente seus medicamentos devido às orientações recebidas em consultório.

Um achado negativo evidenciado tanto pela observação quanto pelas entrevistas com os usuários foi a inexistência de orientação aos usuários sobre o modo de conservação e utilização dos medicamentos entregues. Essa postura difere do modelo proposto para a AF, que atualmente defende a relevância das habilidades de comuni-

cação, de escuta e de paciência do trabalhador em face do usuário[25]. Acredita-se que a escuta e o bom atendimento ao usuário na farmácia podem estar intimamente ligados à qualidade e à integralidade do atendimento. Souza *et al.*[24] (2008) diferenciam acesso aos serviços de saúde e acessibilidade, destacando que estes seriam conceitos que se complementam, sendo a acessibilidade ligada à oferta dos serviços de saúde à população e o acesso a forma como a pessoa experimenta o serviço.

As entrevistas e a observação demonstraram que quando os profissionais envolvidos no processo de dispensação estão mais disponíveis para o acolhimento são solucionadas dúvidas gerais, podendo ser captados, inclusive, erros na utilização dos medicamentos. A própria disponibilidade para escuta possibilita que o usuário se aproxime, apresente suas dúvidas e dificuldades.

Vale mencionar que, nos dias e horários em que as farmácias foram observadas, o fato de existir ou não uma fila de pessoas aguardando atendimento não alterou a forma de acolhimento ou o fornecimento de orientações a elas. Pode-se supor que existam outras questões envolvidas, mas não pesquisadas neste estudo, e que prejudiquem o processo de escuta e orientação. Segundo D'Ávila[13] *apud* Araújo e Freitas (2006), o espaço físico e a estrutura das farmácias dos CS dificultam a interação entre funcionários e usuários, reforçando um modelo pautado apenas na entrega do medicamento e, consequentemente, restringindo a perspectiva de promoção de saúde adotada pela APS.

Considerações Finais

O acesso aos medicamentos essenciais é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos cinco indicadores relacionados à garantia do direito à saúde e se constitui em ferramenta importante e necessária para melhorar e manter os níveis de saúde de uma população[26]. Este estudo evidenciou que na região de Venda Nova, no município de Belo Horizonte, a disponibilidade de medicamentos é adequada e atende à demanda mais prevalente da população. Essa informação foi corroborada pela ampla maioria de médicos e usuários. Porém, ainda existem problemas que precisam ser solucionados para favorecer o acesso imediato aos medicamentos. O desabastecimento mostrou-se constante em dois dos CS estudados e foi também identificado nas entrevistas de médicos e usuários. Outro problema relacionado à assistência farmacêutica detectado nas entrevistas com os médicos ocorreu nos casos em que a melhor opção de tratamento deveria se dar por medicamentos não previstos na REMUME, especialmente, em que o usuário não detém condições financeiras para adquiri-lo na rede privada.

Embora essas questões se apresentem como desafios para a gestão da PBH, os mecanismos de superação podem passar pela interação que se estabelece entre usuários e profissionais dos CS, considerando as estratégias possíveis diante de cada pessoa atendida. Isso reforça que a perspectiva de acolhimento proposta pela Política Nacional

de Humanização deve ser adotada, mesmo no processo de dispensação de medicamentos, às vezes erroneamente considerado como um conjunto simples de procedimentos.

É importante reforçar que a PBH tem conquistado importantes avanços na garantia do acesso aos medicamentos pelos usuários dos CS. Acredita-se que o passo mais importante a ser dado nesse campo não seria apenas disponibilizar o medicamento, mas qualificar a maneira como todo o processo ocorre, superar a ideia de que para efetivar o acesso basta fornecer o produto e reiterar a importância de se levar em conta o modo como usuários e profissionais de saúde pensam e lidam com a (in)disponibilidade e todos os seus outros determinantes.

Por fim, ressaltam-se algumas limitações do estudo, uma vez que os dados coletados dizem respeito às entrevistas com um grupo de usuários e médicos em três CS selecionados. Esta pesquisa pôde levantar características, possibilidades e desafios no campo da assistência farmacêutica que é prestada na APS. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para o melhor entendimento da mesma, não só na rede de serviços de saúde de BH, como também de outros municípios.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil:* estrutura, processo e resultados*.* Série medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005; p.45-46.
2. WHO - World Health Organization. *Estratégia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003*. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Genebra: OMS; 2000.
3. Starfield B. *Atenção primária:* equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
4. Guerra Júnior A, Acúrcio FA, Gomes CAP *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004 mar; 15(3):168-75.
5. Rezende VA. *(Im)Possibilidades de acesso à atenção à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.* Belo Horizonte: UFMG; 2013.
6. WHO - World Health Organization*. Health care systems.* 2010. [Acesso: 18 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_pt.pdf.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico, 2010.* [Acesso em: 25 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatística /populacao/ censo2010 / default_ resultados_amostra.shtm.
8. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. *Índice de vulnerabilidade social*. [Acesso em: 14/05/2015a]. Disponível em: Intranet.smsa.pbh/CGI/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def.
9. Belo Horizonte. Regional Venda Nova. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. [Acesso em 14/05/2015b]. Disponível em http://portalpbh.pbh.gov.br.
10. Minayo MCS. *Pesquisa social:* teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2008.

12. WHO - World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata.* Alma-Ata; 1978. [Acesso em: 05 de junho de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/ publications/almaata_declaration_en.pdf.
13. D'ávila LS. *O trabalho de dispensação de medicamentos em uma unidade básica de saúde de belo horizonte:* Um estudo da gestão e da atividade de trabalho. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 338. Brasília, maio, 2004. [Acesso em: 02 de março de 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
15. Paula PAB *et al.* O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011 maio [Acesso em: 18 de junho de 2015]; 16(5):2623-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14138123 20110005000 32&script =sci_arttext.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Medicamentos genéricos*. [Acesso em: 30/06/2015]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/ wps/content/Anvisa+Portal/ Anvisa/Inicio/ Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+genéricos.
17. WHO – World Health Organization. *Report on the 12th Expert Committee on the selection and use of essential medicines*. Geneva; 2002. (Technical Report Series, n. 914).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos 2001.* Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [Acesso em: 11 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/politica_ medicamentos.pdf.
19. Acurcio FA. *et al. Avaliação de prescrições médicas aviadas em centros de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004 jan-fev; [Acesso em: 28 de maio de 2014]; 20(1):72-79. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/21.pdf.
20. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. *Procedimentos Operacionais Padrão para as Farmácias Locais.* Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte; 2013.
21. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. *Reestruturação da assistência farmacêutica.* Belo Horizonte: Rede Pública de Saúde, 2006.
22. Santos Pinto CDB, Costa NR, Osório-de-Castro CGS. Quem acessa ao Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos*. Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011 jun [Acesso em: 19 de Julho de 2015]; 16(6): 2963-73. Disponível em: http://www.scielo.br/ scielo.php?pid=S141381232011000600034 &script=sci_arttext.
23. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011 jul; [Acesso em: 10 de agosto de 2015];16(7):3277-83 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?pid=S1413-81232011000800027& script=sci_ arttext.
24. Alves TNP. *Dispensação de medicamentos:* aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora – MG. [Dissertação]. Juiz de Fora: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
25. Souza ECF *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S100-10.
26. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública*. 2013 abr; 29(4):691-701.

Capítulo 14

O PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS PRODUZIDOS PELA CATEGORIA

Gisele Marcolino Saporetti
Paulo Sérgio Carneiro Miranda
Soraya Almeida Belisário

Introdução

A regulamentação da profissão de Educação Física (EF) começou a ser discutida na década de 1950, mas foi a partir da década de 1980 que ações mais concretas foram organizadas para viabilizá-la, uma vez que havia a preocupação com o crescente número de pessoas sem formação atuando no mercado – academias, clubes e condomínios. Identificou-se, assim, a necessidade de um instrumento jurídico que definisse que essa atuação era de responsabilidade dos profissionais de Educação Física (PEF).

O "Movimento pela regulamentação do Profissional de Educação Física" foi lançado em 1995, com o intuito de mobilizar a categoria e apresentar um projeto de lei com vistas à regulamentação da profissão, a qual ocorreu pela Lei Federal 9.696, de 1º de setembro de 1998[1]. Antes mesmo da regulamentação da profissão, o PEF já era considerado um profissional da área da saúde, pois data de 1997 o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde (MS), no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 13 profissionais de nível superior como profissionais da saúde, entre eles os PEFs. Esse reconhecimento se deu por meio da Resolução 218, de 6 de março de 1997[2]. Na con-

tinuidade do processo de regulamentação, a Resolução 287, de 8 de outubro de 1998, do CNS, relaciona 14 profissões de saúde, entre elas a Educação Física.

Considerada uma profissão nova, a EF traz, por si só, grandes desafios de abordagens, reflexões e desenvolvimento nas suas áreas de mais domínio de atuação: área escolar, clubes e academias, treinamento esportivo e lazer, entre outras. Além disso, atualmente os PEFs se deparam com um novo cenário de atuação ainda pouco conhecido para os mesmos: a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado pela Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, com vistas a "ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização"[3].

A criação do NASF foi um momento importante, que colaborou com a inserção desse profissional na saúde. Além de evidenciar a conquista da EF e o seu reconhecimento como área da saúde, evidencia a atividade física como pauta de saúde pública, em função da sua importância[4].

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada pela Portaria nº 686 MS/GM, de 30 de março de 2006, também foi um fator de relevância na inserção do PEF na área da saúde. Uma das estratégias da PNPS é estimular a realização de ações de promoção da saúde (PS) que incentivem o cuidado com o corpo e com a saúde, a alimentação saudável e a prevenção, ações estas que priorizam a APS[5]. Além disso, a PNPS identifica o sedentarismo como um fator presente na vida dos brasileiros e prioriza e incentiva as práticas corporais/atividade física (PCAF) como uma de suas ações específicas[6]. Nesse contexto, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), com o objetivo de orientar e nortear a atuação dos profissionais nas diferentes áreas, em especial na área da saúde, elaborou documentos que definem e regulam as atividades do PEF.

Método

Esta pesquisa é resultado da dissertação de mestrado intitulada "A promoção da saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o papel do profissional de Educação Física", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. E foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o parecer CAAE – 01140812.1.0000.5149. O recorte aqui apresentado objetivou analisar os documentos produzidos pelo CONFEF a partir de 1998, no que se refere à definição e regulação das atividades do PEF, com ênfase na APS.

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória desenvolvida por meio de pesquisa documental. Para Godoy, a pesquisa documental pode ser definida como

o “exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ou interpretações complementares”[7]. Foi realizada análise descritiva desses documentos, procurando identificar os elementos relativos à inserção e atuação do PEF na APS.

Os documentos analisados foram: A Carta Brasileira de Educação Física (2000); o documento Intervenção Profissional em Educação Física (2002); a Resolução do CONFEF nº 046/2002; a Carta Brasileira de Prevenção Integrada na área da Saúde (2005); o livro Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde (2010); e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231, ambas em vigor desde o dia 16 de abril de 2012. A escolha se deu devido ao fato de serem estes os documentos mais representativos da atuação do PEF, em especial em relação ao processo de regulamentação da Educação Física como profissão e ao reconhecimento e inserção do PEF na área da saúde.

A carta brasileira de educação física

A Carta Brasileira de Educação Física foi elaborada em 2000 e apresentada e aprovada no Fórum Nacional dos Cursos de Formação Profissional em Educação Física do Brasil. Em sua apresentação, é destacada sua relevância e necessidade no desenvolvimento do profissional de Educação Física.

A Carta foi elaborada a partir da percepção dos conselheiros acerca da:

[…] existência de uma lacuna na busca do desenvolvimento profissional, que pudesse levar a uma mudança de paradigmas visando ao reconhecimento social como um instrumento de qualidade e satisfação dos beneficiários, enfim, de um novo rumo que favorecesse a reflexão e mudanças face à (sic) realidade conjuntural […][8].

Ela é pautada pela ideia da construção de uma EF de qualidade e em seu interior são salientados os pressupostos que contribuirão para a consecução desse objetivo. A Carta define quem é o PEF e seus atributos – formação acadêmica sólida e organização em conselhos. Define também o objeto da EF no Brasil. Esta deve se pautar pela formação integral dos diversos grupos populacionais com vistas ao desenvolvimento de estilos de vida ativos de forma a contribuir para a qualidade de vida da população. Ressalta que todo esse processo deve ser conduzido pelo PEF. Define também referências para uma EF de qualidade (EFQ): segundo a primeira, a EF é um direito dos indivíduos e não uma obrigação; a segunda diz que se devem incentivar a participação voluntária em atividades físicas (AF); a terceira, que se deve ajudar no entendimento do papel da atividade física na promoção da saúde; e a quarta, que se deve incentivar atitudes interdisciplinares e o desenvolvimento da cidadania.

Esse documento estabelece os parâmetros da preparação dos PEFs para o desenvolvimento de uma EFQ em três aspectos: rediscutida, comparada e ampliada. Para fins deste trabalho, analisar-se-ão o primeiro e o terceiro aspectos. No tocante ao primeiro parâmetro – "rediscutida", a Carta recomenda a harmonização dos currículos acadêmicos com as renovações conceituais e a incorporação de perspectivas de educação continuada, objetivando o acompanhamento dos avanços técnicos e científicos pelos profissionais. O terceiro aspecto – "ampliada" – enfoca outras modalidades de preparação resultantes: cursos, eventos, estágios, etc. Em outro item, a Carta aborda algumas responsabilidades dos três níveis de governo em relação à EF. Estabelece a importância e a urgência de compreenderem o valor de uma EFQ. Isso se dará, entre outras questões, pela inserção de uma política de valorização da EF, pela valorização dos PEFs e pela compreensão da EF como um meio de promoção da saúde.

Nesse primeiro documento elaborado pelo CONFEF já se observa menção a aspectos relacionados à PS, tais como o desenvolvimento de estilos de vida ativos, de forma a contribuir para a qualidade de vida da população e a ajudar no entendimento do papel da atividade física na promoção da saúde. Esses aspectos corroboram a PNPS no que se refere à preocupação com a qualidade e o estilo de vida. A promoção da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidades e riscos à saúde são os objetivos destacados pela política. Da mesma forma, o estilo de vida ativo é priorizado nas ações preconizadas pela PCAF, que identifica a necessidade de ações de aconselhamento sobre os seus benefícios para a população e a importância de se desenvolverem ações intersetoriais com esse enfoque[9].

Quanto às responsabilidades do governo recomendadas pela Carta, o investimento em uma política de valorização da EF se apresenta hoje como preocupação do MS, expressa na PNPS. Nesse contexto, as PCAFs foram priorizadas como ações de PS, com aumento do incentivo das três esferas de gestão do SUS para a prática de atividades físicas[6,9].

O documento de intervenção do profissional de educação física

O documento é apresentado como referência para a atuação do PEF, sendo que sua produção e desenvolvimento se deram a partir da promulgação da Lei 9.696/1998. Sua apresentação afirma que a construção desse documento:

[...] tornou-se imprescindível à medida que o Conselho Nacional de Educação, CNE, aponta como novos rumos através das diretrizes curriculares, que, inclusive, repercutirão na formação de profissionais de Educação Física[10].

Tratado como um documento conjuntural, sujeito a futuras atualizações e modificações, afirma que tal julgamento se deve à "notória importância da EF no encaminhamento de soluções para problemas sociais, educacionais e de promoção da saúde"[10].

É ele, portanto, que define o PEF e a EF, bem como a responsabilidade social do PEF no exercício profissional. Define o PEF de forma abrangente, descrevendo-o como um profissional especialista em atividade física e práticas corporais, com o propósito de favorecer o desenvolvimento da educação e da saúde e contribuir com a prevenção de doenças, entre outras coisas.

No que se refere à responsabilidade social do PEF, é nesse quesito que são abordadas as questões relativas à intervenção profissional, ao exercício profissional e aos meios e locais pelos quais se dará essa intervenção. E as intervenções são direcionadas para os indivíduos e/ou grupos de diferentes faixas etárias, composições corporais e necessidades especiais. Neles, o PEF pode atuar de forma individual e em equipe multiprofissional.

O documento afirma que o PEF tem seu exercício profissional legitimado por diagnósticos e utiliza técnicas e métodos específicos com objetivos educacionais, recreativas, de treinamento e de promoção da saúde. Entre os locais mencionados para que atue, encontram-se os centros de saúde, os hospitais, as praças e os parques.

Por último, o documento aborda as questões relativas à capacitação profissional e às especificidades da intervenção do PEF. Sobre a primeira, o documento destaca oito situações para as quais o PEF deve estar capacitado para atuar, entre elas a de promover "estilos de vida ativos e saudáveis, conciliando as necessidades dos indivíduos e grupos, atuando como agente de transformação social"[10]. Sobre a especificidade da intervenção do PEF, enumera sete áreas de intervenção profissional, das quais se destaca a orientação de atividades físicas, remetendo-se à orientação quanto ao estilo de vida ativo, bem-estar, prevenção de doenças, educação e cidadania, entre outros.

Destaca-se nesse documento a menção à responsabilidade social do PEF, em consonância com as diretrizes para atuação profissional nas PCAFs, definidas no Caderno de Atenção Básica nº 27: Diretrizes do NASF. Essas diretrizes devem abarcar o desenvolvimento de ações que promovam a inclusão social e abranjam os ciclos da vida. Devem também ser intersetoriais junto à equipe de SF; favorecer o trabalho interdisciplinar; favorecer o processo de trabalho em equipe, enfocando a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; e priorizar as intervenções em grupos sem excluir a abordagem individual[9].

As Diretrizes do NASF, em relação ao PEF e às PCAFs, orientam para a reflexão quanto às atividades físicas, aos locais para essas práticas e à construção da identidade por parte das pessoas e comunidades. As PCAFs devem considerar:

A ampliação do olhar sobre a existência ou não de espaços públicos de lazer ou da quantidade de grupos presentes, para abranger também as ações organizadas dentro das próprias unidades de Saúde da Família. O trabalho com grupos deve proporcionar a compreensão processual do significado do lazer

para as comunidades e de como as pessoas identificam e se relacionam com os espaços de lazer existentes; reconhecendo que a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social, cuja compreensão permitirá identificar as relações determinantes que os sujeitos estabelecem com as PCAFs que já realizam e que venham a realizar[9].

Para Souza e Loch, a caminhada e as aulas de ginástica estão entre as atividades mais realizadas pelo PEF em programas de atividade física e no NASF[11]. Bonfim, Costa e Monteiro, nos programas de atividade física voltados para o SUS, prelecionam que as PCAFs são desenvolvidas por meio de caminhadas e orientação de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, tais como capoeira, danças e modalidades de ginásticas orientais, realizadas de forma individual e coletiva[12].

A carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde na perspectiva da EF

A partir do reconhecimento da importância da prevenção, da promoção da saúde e do papel essencial do PEF nesse contexto, o Sistema CONFEF/CREFs promoveu, em 2005, o Fórum Nacional de Prevenção Integrada da Área da Saúde. A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF foi elaborada a partir das discussões travadas nesse fórum[13]. Já na introdução da Carta percebe-se o papel de destaque dado aos campos da prevenção e promoção da saúde, ao mesmo tempo em que se evidenciam as múltiplas potencialidades da atividade física neles. O documento afirma que, frente ao contexto das doenças crônico-degenerativas, do estilo de vida sedentário e de muitos outros fatores de risco, a atividade física é prática economicamente viável para a população e uma ação eficaz para a PS. Além disso, destaca que o PEF e os programas de atividades físicas podem colaborar com a saúde e a qualidade de vida da população, bem como com o fortalecimento da comunidade, por meio do exercício da cidadania[13].

A Carta parte da concepção da saúde como um direito de todos, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, e menciona como estratégias positivas para o desenvolvimento humano as ações de PS e prevenção. Os conceitos de prevenção e PS são apresentados com enfoque no bem-estar dos indivíduos; no enfrentamento dos desafios relativos à saúde e à qualidade de vida; e na intersetorialidade e interdisciplinaridade. O documento apresenta a PS como investimento social que não prescinde da melhoria das políticas públicas, do meio ambiente, do estilo de vida e das ações comunitárias. Além disso, menciona o investimento e a reorientação dos recursos em saúde em favor da qualidade de vida e bem-estar social e, por último, o envolvimento de todos os agentes na mobilização de recursos para a PS.

No item que trata das responsabilidades na prevenção em PS, destaca-se o comprometimento dos indivíduos, das famílias, comunidades, instituições públicas e privadas como agentes corresponsáveis. Além disso, menciona a criação de ambientes favoráveis por parte das políticas públicas. Segundo a Carta, os programas de PS e prevenção possuem dois tipos de eixos que baseiam o estilo de vida das pessoas: os temáticos, relacionados à qualidade de vida, autonomia pessoal, integração com o meio ambiente, cultura da paz e física, e os eixos de atuação, quando as ações são desenvolvidas de maneira interdisciplinar e intersetorial[13].

A EF é compreendida como uma maneira de colaborar com a educação para a saúde e de ocupação do tempo livre, por meio de atividades físicas. Estas são apresentadas como imprescindíveis para a prevenção e PS.

As questões abordadas na Carta Brasileira de Prevenção Integrada à Saúde dialogam com a definição de PS apresentada na Carta de Ottawa, relatório da 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no Canadá em 1986. Esta apresenta a PS como um processo para capacitar a comunidade de forma a atuar ativa e positivamente na qualidade de vida e saúde. Define também cinco campos de ação para a saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde[14].

Para pensar a PS, é necessário considerar maior número de ações e estratégias que visam valorizar e aumentar o potencial do indivíduo e da população em busca de um estilo de vida mais saudável[6].

Essa Carta relata a atividade física como uma prática viável para a população e eficaz para a PS. Corroborando a afirmativa, o Caderno Diretrizes do NASF ressalta que as PCAFs foram definidas como um dos eixos temáticos da PNPS, tendo em vista a necessidade de se enfrentarem as doenças do aparelho circulatório. Realça que os benefícios da atividade física na prevenção de doenças são indiscutíveis, mas que as PCAFs têm como perspectiva a abordagem do corpo cultural, que vai além da dimensão fisiológica[9]. Além disso, salienta que é importante que o profissional da saúde entenda a PS como uma produção da vida relacionada à prevenção da doença e à humanização da saúde[9].

A criação de ambientes favoráveis foi mencionada na Carta como uma responsabilidade na PS. Da mesma forma, autores como Ferreira, Castiel e Cardoso e Bonfim, Costa e Monteiro reforçam a necessidade de adequação de espaços públicos que propiciem a oferta dessas atividades[12,15]. Foi enfatizada também a importância de se garantirem espaços adequados para a prática de atividades físicas[6].

Por fim, a educação para a saúde é definida, no Caderno Diretrizes do NASF, como uma das diretrizes profissionais para as PCAFs. O Caderno incentiva o desenvolvimen-

to de ações desse teor que reconheçam o protagonismo dos indivíduos na produção e apreensão do conhecimento[9].

As recomendações sobre condutas e procedimentos do PEF na atenção básica à saúde

Essa publicação foi elaborada pelo CONFEF em 2010 com o objetivo de "orientar condutas e procedimentos dos PEFs no uso de exercícios/atividades físicas, como elementos principais ou complementares na atenção à saúde"[16], nos três níveis de atenção, buscando, assim, estabelecer um diálogo com a categoria. Em seu prefácio, é enfatizada a importância da atuação em equipes multiprofissionais, sendo a EF reconhecida como área de conhecimento e intervenção no âmbito da promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde. Ainda no prefácio, menciona a inserção da EF em programas de incentivo a mudanças curriculares, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde).

O documento está composto das seguintes secções: contextos e perspectivas; áreas e níveis de intervenção – competências gerais e específicas; intervenção profissional: conduta geral e procedimentos técnicos; intervenção profissional: condutas específicas – atenção primária, secundária e terciária; e responsabilidade ético-profissional. Na seção contextos e perspectivas, o documento afirma ser consensual a associação entre estilos de vida ativos, melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida. Tal quadro faz com que a disseminação da prática de atividades físicas orientadas pelo PEF contribua para a saúde pública por meio da redução de gastos e internações.

Ressalta também a importância da APS, da ESF e dos NASFs na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e na reflexão sobre a atuação das diferentes categorias profissionais envolvidas. Discorre sobre a PNPS, que apresenta as PCAFs como possibilidade de vida ativa que colabora positivamente com a saúde.

Segundo o documento, a EF esteve historicamente relacionada à qualidade de vida por meio da prevenção e manutenção da saúde. Tal fato culminou com o reconhecimento da EF como profissão da área da saúde por meio da Resolução 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde. Mostra o avanço da relação entre atividade física e saúde, o qual se dá em decorrência de estudos e pesquisas desenvolvidos na área e em áreas correlatas.

Na seção áreas e níveis de intervenção – competências gerais e específicas – afirma-se que o PEF pode atuar tanto individualmente como em instituições públicas e privadas, que envolvam a atividade física ou o exercício físico. Afirma também que essa atuação pode se dar nos três níveis de intervenção – primária, secundária e terciária. A

primária visa diminuir a incidência de doença e reduzir o risco; a secundária busca diminuir a prevalência de uma doença, reduzindo as chances de sua evolução; e a terciária visa diminuir a prevalência de incapacidades crônicas.

No que diz respeito às competências do PEF para a APS, ressalta que as mesmas estão em fase de consolidação e devem ser estabelecidas à luz das competências dos demais profissionais que atuam nessa área. As competências gerais e específicas relacionadas nesse documento referem-se ao documento de intervenção profissional elaborado pelo CONFEF, em 2002, já analisado neste texto.

O documento relata, ainda, que o PEF pode atuar no Programa Saúde da Família e no NASF, orientando sobre hábitos de vida ativa, estimulando um estilo de vida ativo e, consequentemente, diminuindo o risco das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Pode agir, ainda, na realização de ações de prevenção e PS por meio de atividades físicas, com vistas a colaborar com a qualidade de vida e com a redução de uso de medicamentos. Cita que o PEF, entre outras questões, deve promover eventos e ações que estimulem a prática de atividades, articular parcerias para melhor utilização de espaços públicos, incentivar ações que abordem o sentimento de pertencimento na comunidade e, juntamente com a equipe de SF, trabalhar com foco na educação permanente.

A seção intervenção profissional: condutas específicas – atenção primária, secundária e terciária define as condutas do PEF naqueles três níveis, vinculadas ou não ao SUS. Estas também podem ser desenvolvidas em outros programas e espaços como academias. Segundo o documento, as atividades físicas orientadas pelo PEF na APS podem contribuir com os sistemas circulatório, respiratório e imunológico, com a locomoção, o desenvolvimento de habilidades motoras, a capacidade de trabalho e a autoconfiança. Na intervenção para a prevenção, os PEFs devem consultar os prontuários dos indivíduos, verificar os fatores de risco e definir o tipo e as variáveis da atividade física – intensidade, duração e frequência. Por fim, para que o PEF possa ter bons resultados em seu trabalho, enumera condutas de atuação, com destaque para a interação no trabalho em equipe, reuniões com os participantes para dialogar sobre os sentimentos em relação às atividades e orientações para o automonitoramento do seu esforço.

As Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na APS foram escritas após a publicação da PNPS, que define as PCAFs como uma das suas áreas de ação, após a criação do NASF e publicação do seu caderno de diretrizes, no qual as PCAFs são abordadas como perspectiva de atuação do PEF.

Marca a importância da PNPS e do NASF na inserção do PEF na área da saúde. Da mesma forma, para Loch e Florindo[4], a criação do NASF foi um marco importante na inserção do PEF na APS, pois destaca a conquista da EF e o seu reconhecimento como área da saúde e estabelece a atividade física como pauta de saúde pública em função da sua importância. Para Bonfim, Costa e Monteiro[12], a PNPS e a criação dos

NASFs foram iniciativas do poder público para incentivar a prática de atividade física na população e, com isso, a promoção da saúde e a qualidade de vida.

De acordo com Freitas[17], a entrada do PEF na APS deve estimular, por meio de diferentes estratégias, estilos de vida saudáveis. Essas estratégias devem motivar o envolvimento da comunidade nas discussões e decisões de forma a atuar ativamente no contexto social em que estão inseridas.

Resoluções do CONFEF nº 229 e 231

As resoluções do CONFEF nº 229 e 231, ambas do ano de 2012, tratam da definição da especialidade do PEF nas áreas de Saúde Coletiva e a Saúde da Família, respectivamente. Definem no artigo 3º as competências desse profissional, com destaque para a importância do trabalho em equipe, a criação e consolidação de ações de atividade física na APS e ESF e a realização de ações de orientação na comunidade sobre a importância de estilos de vida saudáveis. O intuito é contribuir para o aumento da adesão à prática de atividades e a consequente diminuição de fatores de risco[18,19].

Considerações Finais

A análise dos documentos evidenciou o esforço da categoria em definir o papel, regular o exercício profissional, atribuir funções, incorporar conceitos e definir as áreas de atuação da EF. A análise cronológica dos documentos demonstrou que a abordagem da APS se deu de maneira gradativa.

Os dois primeiros documentos, a saber, a Carta Brasileira de Educação Física e o Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física, escritos logo após a regulamentação da profissão, apresentam as primeiras diretrizes para a atuação, atributos e desenvolvimento do PEF. A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF dá destaque aos campos da prevenção de doenças e promoção da saúde, ressaltando a importância da atividade física.

Os documentos Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na Atenção Básica à Saúde e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231/2012 afirmam, respectivamente, que o PEF pode atuar nos três níveis de atenção à saúde, enfatizando a sua atuação no PSF e no NASF, e definem a Saúde Coletiva e a Saúde da Família como áreas de especialidade do PEF.

Os documentos têm pontos comuns e que merecem ser ressaltados. Todos eles mencionam a importância de estilos de vida saudáveis, hábitos de vida ativa e qualidade de vida. Recomenda-se a realização de ações de orientação à comunidade em relação a esses hábitos, da mesma forma que a prática de atividade física na PS e prevenção.

Um dos documentos (Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF) aborda os conceitos de PS e prevenção e apresenta a PS como investimento social que necessita da melhoria das políticas públicas, do meio ambiente, do estilo de vida, ações comunitárias e a criação de ambientes favoráveis.

Da mesma forma, a Carta Brasileira de Educação Física aborda algumas responsabilidades dos três níveis de governo em relação à EF, como a importância e a urgência de os mesmos compreenderem o valor de uma EFQ, por meio de uma política de valorização da EF.

O Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física menciona a responsabilidade social do PEF, em consonância com as diretrizes para atuação profissional nas PCAF, definidas no Caderno de Atenção Básica nº 27: Diretrizes do NASF.

Dois dos documentos (As Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na Atenção Básica à Saúde e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231/2012) salientam a importância do trabalho em equipe multiprofissional.

Todos os documentos referem-se à importância da prática de atividade física, seja nos âmbitos da PS, APS, ESF ou saúde pública. A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF afirma que a atividade física é uma prática economicamente viável para a população e que o PEF e os programas de atividades físicas podem colaborar com a saúde e a qualidade de vida da população, bem como com o fortalecimento da comunidade, por meio do exercício da cidadania. Além disso, esse documento compreende a EF como uma maneira de colaborar com a educação para a saúde e para a ocupação do tempo livre por meio de atividades físicas.

Constata-se, portanto, a preocupação do Conselho Federal de Educação Física em contemplar e acompanhar as novas perspectivas de atuação da profissão de forma a contribuir com orientações para o profissional.

Por fim, espera-se que a análise desses documentos possa demonstrar a abordagem da APS e da atuação do PEF nesse contexto, a partir do olhar da própria categoria. Além disso, espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão do PEF a respeito das questões relativas à sua inserção na APS, bem como para a realização de ações de PS, que necessitam de uma lógica de atuação diferente da realizada até hoje.

Referências

1. Brasil. Lei nº 9.696, Brasília; 1998. [Acesso em: 01 jun. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9696.htm.
2. Brasil. Resolução 218, 06 de março de 1997. Brasília; 1997. [Acesso em: 01 jun. 2013]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.

4. Loch MR, Florindo AA. A educação física e as residências multiprofissionais em saúde. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2012; 17(1): 81-2.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2009; 18(1): 79-86.
7. Godoy AS. Pesquisa qualitativa – tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. 1995; 35(3):20-9.
8. Conselho Federal de Educação Física. Carta brasileira de educação física. Rio de Janeiro: CONFEF; 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Acesso em: 01 jun. 2013]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf.
10. Conselho Federal de Educação Física. Documento de intervenção do profissional de educação física. Rio de Janeiro; 2002.
11. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2011; 16(1): 5-10.
12. Bonfim MR, Costa JLR, Monteiro HL. Ações de educação física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2012; 17(3): 167-73.
13. Conselho Federal de Educação Física. Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde. Rio de Janeiro: CONFEF; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de promoção da saúde: documento para discussão. Brasília, DF;2002.
15. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl.1):865-72.
16. Conselho Federal de Educação Física. Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física. Rio de Janeiro: CONFEF; 2010.
17. Freitas FF. A educação física no serviço público de saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
18. Conselho Federal de Educação Física. Resolução CONFEF nº 229/2012. [Acesso em: 25 de maio de 2013]; Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/ resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=301&textoBusca=.
19. Conselho Federal de Educação Física. Resolução CONFEF nº 231/2012. [Acesso em: 25 de maio de 2013]; Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/ resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=303&textoBusca=.

Capítulo 15

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, AS PRÁTICAS CORPORAIS COMO AÇÕES ESTRATÉGICAS EM BELO HORIZONTE: O CASO DO LIAN GONG

Luzia Toyoko Hanashiro e Silva
Mery Natalia Silva Abreu
Vânia Elizabeth Simões Duarte
Raquel Rondow Bahia
Vanessa de Almeida Guerra

Introdução

O conceito de promoção da saúde, fundamentado há 30 anos na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa[1], vem sendo discutido, no Brasil, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foi assumido o conceito ampliado de saúde, que busca superar a mera ausência de doenças por meio da Reforma Sanitária, que buscava priorizar políticas voltadas para o cuidado pela vida[2].

Esse conceito é enfatizado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), ambas de 2006, e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011. Ganha ainda mais força com a redefinição da PNPS, em 2014, por meio de um processo participativo e democrático, com a finalidade de sintonizá-la com as novas demandas de saúde e principalmente de fortalecer a promoção da saúde como estratégia de promoção do cuidado, com ampla participação de gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros, representantes de movimentos sociais e pesquisadores ligados às instituições de ensino[3]. E também com a construção das políticas estaduais e municipais de promoção da saúde, a fim de regionalizar as diretrizes da PNPS e adequá-las à realidade de cada território.

A Portaria nº 2.446, de 2014, que redefine a PNPS, apresenta como referencial teórico a promoção da saúde como:

[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saude (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social[3].

A promoção da saúde pressupõe o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, a opção por um estilo de vida saudável, a articulação intra e intersetorial, a compreensão da saúde como um processo e o empoderamento individual e social[4]. É uma estratégia de produção de saúde que reforça um modo de pensar e de agir, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS) de maneira a potencializar ações que possam responder às necessidades de saúde da população[5]. As ações de promoção da saúde devem ter uma visão holística que permite estimular a saúde física, mental, social e espiritual, envolvendo uma concepção ampliada de saúde[6].

Entre as diversas estratégias de promover a saúde estão as práticas corporais, que são entendidas como as diferentes formas de atividade corporal ou manifestação cultural que tenha significado, intencionalidade e que seja um ato consciente[7]. Elas preconizam o desenvolvimento de habilidades pessoais, a percepção dos entornos saudáveis, a consciência do corpo, a construção de vínculos e a responsabilidade pela autonomia da mudança do pensar e agir em saúde[8].

As práticas corporais, inseridas na Atenção Primária à Saúde como estratégia de promoção da saúde, tornam-se um ponto de atenção e prestação de cuidados às pessoas dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essas práticas refletem uma maneira de superar o modelo de saúde reducionista e curativista ainda vigente, buscando atuar diretamente nos determinantes sociais de saúde[9]. As práticas corporais são normatizadas no âmbito nacional pela Politica Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), de 2006, e, no estado de Minas Gerais, pela Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), por meio da Resolução SES-MG nº 1.885, de 27 de maio de 2009. A PEPIC define as práticas corporais, no contexto da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), como a forma de fortalecer a saúde, prevenir e tratar desequilíbrios, devendo ser realizada lentamente para que o praticante esteja presente e consciente das sensações no corpo, das emoções e dos pensamentos[10].

Entre as práticas corporais no contexto da MTC, destaca-se o *Lian Gong*, que significa: *Lian* "treinar, exercitar"; *Gong* "trabalho persistente", o qual consiste em um trabalho perseverante e prolongado de treinar e exercitar o corpo físico com o objetivo de transformá-lo de fraco para forte e de doente para saudável, por meio de movimentos suaves, de simples execução e acessíveis a pessoas de todas as idades. O *Lian Gong* em 18

Terapias (LG18T) é uma prática de promoção da saúde que propicia o desenvolvimento de habilidades pessoais que atuam de maneira a fortalecer a autonomia dos praticantes a fim de reforçar suas escolhas no sentido de melhoria do gradiente de saúde[11]. O LG18T está integrado ao grupo das práticas corporais como uma das terapias que auxiliam no conjunto das práticas desenvolvidas pela rede de atenção à saúde do SUS.

O LG18T foi desenvolvido na China no ano de 1975 e trazido para o Brasil, em 1987, pela Professora da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Maria Lúcia Lee. Porém, a sua implantação em Belo Horizonte teve início apenas 20 anos depois, em 2007.

O *Lian Gong* teve a sua implantação no Brasil motivado pela necessidade de intervir no estilo de vida dos indivíduos e das comunidades, a partir da prática física que busca o protagonismo do usuário como cidadão e pelo fortalecimento do conceito de práticas de promoção da saúde. Atualmente, é uma prática regular realizada em 222 espaços de saúde, com a duração de 30 a 60 minutos, por cerca de 12.000 praticantes em todo o município[12].

A terapia *Lian Gong* abrange conceitos que definem uma inversão do modelo assistencial para não focar somente a doença. O paciente deixa de buscar apenas a medicalização e os meios curativos para resolução de agravos e passa a uma busca ativa por saúde e por qualidade de vida. Essa concepção é ampla e as práticas nela apoiadas vão além do que propõe o modelo biomédico de explicação da saúde e da doença, encaminhando seus defensores a acrescentar outros componentes para dar conta dos condicionantes mais amplos desse processo. Pressupõe a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados e a articulação de saberes técnicos e populares, para a produção social da saúde no cotidiano de vida da população.

A escolha das propostas de práticas que vão ser inseridas em cada local deve ser feita com planejamento, atendo-se a detalhes que vão desde a formação do profissional até a avaliação de qual público está sendo beneficiado, para que não se tornem ações elitizadas e sem cunho social[13]. Portanto, para se obter bons resultados com as ações de promoção da saúde na população, exigem-se planejamento, avaliação e pesquisa. Como o serviço não dispõe de recursos suficientes para lidar para além das fases de implantação e implementação das práticas, acredita-se que o setor acadêmico deva desenvolver pesquisas em avaliação e monitoramento, de modo a oferecer dados confiáveis que sejam suporte para as decisões do serviço.

Diante disso, a Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do curso de Gestão de Serviços de Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Belo Horizonte, realizou um estudo intitulado "Avaliação da efetividade do programa de *Lian Gong* em 18 Terapias na Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, projeto: CAAE – 14055613.0.0000.5149. Seus objetivos foram: avaliar o programa de *Lian Gong* em 18 Terapias para a saúde dos praticantes, para os serviços de saúde, no âmbito da saúde do trabalhador; ca-

racterizar o perfil da população que frequenta o programa e analisar a percepção dos gestores de saúde na inserção das práticas corporais, especificamente o *Lian Gong*. Este trabalho integra essa pesquisa.

Método

Trata-se de um estudo qualiquantitativo.

Os dados para o estudo quantitativo foram obtidos por meio de questionários aplicados aos praticantes, por instrutores de *Lian Gong*, em 2014, nos nove distritos sanitários de Belo Horizonte (norte, nordeste, noroeste, centro sul, Venda Nova, Pampulha, leste, oeste e Barreiro). Foi realizado estudo transversal, sobre a avaliação do programa de *Lian Gong*, disponibilizado pela coordenação municipal vinculada à Gerência de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/PBH) de Belo Horizonte. O questionário continha informações sobre questões sociodemográficas, caracterização quanto à prática, uso de medicação, queixa de dor dos praticantes antes e após a prática de LG18T e a demanda por serviços de Atenção Primária à Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram os praticantes de *Lian Gong* de todos os distritos de Belo Horizonte, que foram convidados a responder um questionário em 2010 e repetido em 2014. O critério de participação em ambos os momentos foi o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi composto do total de 1.559 questionários, sendo que 468 foram aplicados em 2010 e 1.091 em 2014. Os dados foram digitados em banco específico criado no programa Epi-data versão 3.1.2 e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Foi realizada análise descritiva com a elaboração de tabelas de distribuição de frequências e gráficos de linhas. Na comparação dos resultados relatados pelos entrevistados antes e após o início da prática de Lian Gong em 18 Terapias foi utilizado o teste de homogeneidade marginal, apropriado para dados ordinais (como os níveis de dor) pareados. Em todas as análises considerou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para o estudo qualitativo, os dados foram coletados por meio de grupos focais, tendo como sujeitos instrutores de LG18T, convidados a participar nos dias das aulas de manutenções realizadas no Instituto Mineiro de Tai Chi e Cultura Oriental; gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que ofertam a prática de *Lian Gong*; e praticantes de LG18T. Foram realizados 13 grupos focais com participantes de todas as regionais de saúde de Belo Horizonte. Durante esses encontros, os participantes foram estimulados a refletir sobre a prática de *Lian Gong* em sua realidade. As falas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas.

Benefícios da Prática de Lian Gong em 18 Terapias

Quanto ao perfil dos praticantes de *Lian Gong*, a maioria é do sexo feminino (89,55%), 61,60% estavam com idade entre 60 e 79. Praticantes de *Lian Gong* com 80 anos ou mais representaram 4,86%. A maioria dos praticantes entrevistados era aposentada ou donas de casa, somando 73,84% (44,45 e 29,39%, respectivamente). Esses resultados encontrados quanto ao sexo, idade e ocupação podem ser atribuídos ao fato de esses praticantes não estarem inseridos no mercado de trabalho, possuindo, portanto, mais disponibilidade para participar do *Lian Gong*, que é oferecido durante o horário de funcionamento dos centros de saúde.

A prática foi indicada principalmente por amigos/parentes (38,56%), seguida por médicos (20,07%). Indicados por agentes comunitários de saúde (ACS) representaram apenas 5,50% da amostra, um forte indicador de que é necessário mais treinamento e educação permanente para que esses profissionais entendam como fundamental o seu papel na divulgação e valorização de práticas de promoção da saúde.

Em relação à prática do *Lian Gong*, 37,36% praticavam há mais de um ano em 2014. Os principais benefícios do *Lian Gong* em 18 Terapias para os praticantes que foram identificados no estudo quantitativo foram a redução da dor referida, na medicalização (principalmente nos medicamentos de ansiolíticos, analgésicos e antidepressivos) e na procura pelo acolhimento nos centros de saúde. Quanto à redução nas dores sentidas pelos praticantes após o início da prática regular de LG18T, 63,68% relataram que houve redução no nível de dor sentida e 45% afirmaram que a intensidade chega a ser nula. Quanto ao uso de medicamentos para dor, depressão ou indutores do sono, houve redução de 41,04% pelos praticantes que utilizavam esses medicamentos com alguma regularidade em 2010. Além disso, constatou-se redução na busca por serviços de saúde nas unidades de atenção primária, representando 78,20 e 78,49% nos respectivos anos[12].

Livramento *et al*.[14] pesquisaram também a indicação das práticas corporais chinesas para prevenir e tratar síndromes de dor na cervical, ombros, membros superiores e inferiores e lombar. Dessa maneira, o LG18T, como pratica integrativa e complementar (PIC) e ferramenta de promoção da saúde, é um importante recurso para o controle e combate do quadro álgico, contribuindo para a redução dos custos na área da saúde.

A prática de *Lian Gong* oferece ganhos para os praticantes, como a produção do autocuidado, bem-estar, melhora da qualidade do sono, redução da ansiedade e das dores, uso de medicamentos e aumento da autoestima. As frases destacadas a seguir retratam os referidos benefícios.

Eu me sinto bem mais calma, sabe? Calma mesmo. Eu era uma pessoa bem mais agitada e agora eu estou bem mais concentrada (GF Praticantes, 2015).

Eu abri mão de ficar cuidando de filho, de fazer almoço no sábado pra cuidar de mim. O sábado é o meu dia, então é importante (GF Praticantes, 2015).

Alongamento melhor, uma condição muscular melhor, né, a diminuição das dores isso é a parte física dos benefícios do Lian Gong, […] (GF Praticantes, 2015).

Existe também um ganho para o grupo de praticantes, que é o aumento da socialização e troca de experiências. E esse é um resultado muito importante quando se observa o perfil dos praticantes, a maioria mulheres, aposentadas ou donas de casa. A prática de *Lian Gong* torna-se um momento de convívio com outras pessoas, em que se formam redes sociais entre eles, o que extrapola o momento da prática corporal.

[…] então foi ótimo e só da gente estar com as amigas, né? (GF Praticantes, 2015).

Eu acho que o Lian Gong socializa as pessoas, confraternização, festinhas […] comemora-se o dia do professor, os aniversariantes (GF Instrutores, 2014).

Só de conviver com as pessoas, conhecer, fazer amizades (GF Praticantes, 2015).

Tanto no estudo de Cintra e Pereira em 2012[15] quanto no de Yamakawa[16] em 2006, a socialização aparece como grande vantagem do programa *Lian Gong*, pois ele oferece a possibilidade de conviver, criar laços de amizade e companheirismo, além de fortalecer o coletivo.

A prática de *Lian Gong*, neste estudo, sinaliza uma possível inversão de modelo assistencial em que o sujeito passa a ser o centro da integralidade do cuidado, em detrimento da doença, a fim de incentivar modos de vida favoráveis à saúde. Outro sinalizador dessa inversão é o usuário tornando-se protagonista não só de sua saúde, mas também da prática em si. Na fala do grupo focal transcrita a seguir é possível notar que eles deixam de apenas participar da prática para serem responsáveis por garanti-la, encontrando locais e equipamentos para a sua realização dentro da própria comunidade.

É um momento em que a pessoa tá ali para se empoderar com seu próprio cuidado (GF Gerentes, 2014).

Eu diria assim, que eu me sinto privilegiado, pelo fato do meu horário de serviço eu fazer o Lian Gong, […] este beneficio se estende ao longo do dia (GF Instrutores, 2014).

Sinceramente eu não aguentaria se não tivesse o Lian Gong, não aguentaria assim o nível de tensão, do trabalho, se a gente não tem de consciência corporal, de ponto de tensão, de respiração (GF Instrutores, 2014).

Estudo realizado em Florianópolis demonstrou que existe aceitação das práticas integrativas e complementares (PIC) pelos profissionais de saúde das Unidades Básicas

de Saúde, devido às práticas poderem contribuir para que a equipe de saúde da família fortaleça seu papel de cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde[17]. Esse resultado reforça o que foi encontrado, os profissionais que cuidam da própria saúde apresentam melhores resultados e mais satisfação com a sua ocupação.

Ainda existem algumas barreiras a serem enfrentadas pelo programa e são elas: a pouca aceitação da prática corporal como uma atividade institucional por parte de muitos profissionais da saúde, o desconhecimento da sua efetividade para o SUS, poucos centros de saúde possuem espaços adequados para a prática do LG18T, a qual é realizada em espaços cedidos pela comunidade e, por fim, a pouca divulgação nos centros de saúde.

Ainda há grande necessidade de investimento em educação permanente e divulgação da efetividade do *Lian Gong*. As discussões sobre o andamento do programa são uma estratégia que contribui na relação gestão, profissionais envolvidos e usuários. O enfrentamento das barreiras e dos dificultadores não se faz sem uma sinergia dos atores envolvidos.

Conclusão

A prática de *Lian Gong* tem ganhado destaque e valorização na cidade de Belo Horizonte após a realização de estudos com parceria entre pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e gestores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA). Esses estudos garantem a sua eficiência ao atuar no enfrentamento dos determinantes sociais, gerando melhores condições de vida para os praticantes.

A academia oferece os meios para o entendimento e avaliação do processo de implantação do programa e o monitoramento dos resultados obtidos, pois os profissionais envolvidos em sua implantação não possuem tempo e recursos para a realização da pesquisa. Desse modo, essa interação se mostra necessária para os bons resultados e aprimoramento dos programas da saúde.

Os benefícios à saúde proporcionados pelas práticas corporais são visíveis aos praticantes e instrutores, mas ainda é clara a necessidade de mais estudos que busquem comprovar cientificamente esses benefícios. Também é preciso que sejam desenvolvidos mais estudos que reforcem a interação entre academia e os serviços de saúde, para as atividades de avaliação e monitoramento das ações de promoção da saúde. Desse modo, as Universidades estariam cumprindo seu papel social junto à sociedade, de promover estudos que façam sentido para a melhoria dos serviços ofertados.

Referências

1. World Health Organization – WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Ottawa: World Health Organization; 1986.

2. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e Saúde Coletiva.* 2009; 14(6):2305-16.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2446,* de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília; 2014.
4. Moretti AC, Almeida V, Westphal MF, Bógus CM. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2009; 18(2):346-54.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria MS/GM n. 687*, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.
6. World Health Organization – WHO. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen; 1998.
7. Lazzarotti Filho A, Silva AM, Antunes PC, Silva APS, Leite JO. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da educação física. *Movimento.* 2010; 16(1):65.
8. Almeida V. *Possibilidades e limites de uma intervenção no ambiente de trabalho de servidores públicos na área da saúde*: práticas corporais como estratégia de promoção da saúde. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.
9. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2010; 14(34):593-605.
10. Minas Gerais. Secretaria da Saúde. *Resolução SES-MG nº 1885,* de 27 de maio de 2009. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Belo Horizonte; 2009.
11. Lee ML. *Lian Gong Shi Ba Fa*: Lian gong em 18 terapias. São Paulo: Pensamento; 2000.
12. Rodrigues SC *et al.* Benefícios da prática de Lian Gong em 18 Terapias no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Anais do IV Congresso Online – Gestão, Educação e Promoção da Saúde – Convibra. São Paulo; 10 a 14 de novembro de 2015.
13. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2011; 9(3):361-78.
14. Livramento G, Franco T, Livramento AA ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. *Rev Bras Saúde Ocupacional.* 2010; 35(121):74-86.
15. Cintra MER, Pereira PPG. Percepções de corpo identificadas entre pacientes e profissionais de medicina tradicional chinesa do Centro de Saúde Escola do Butantã. *Saúde. Soc*. 2012; 21(1):193-205.
16. Yamakawa AHH *et al.* A interface das doenças crônicas e a prática do Lian Gong. Projeto: DANT – oenças e Agravos Não Transmissíveis Supervisão Técnica de Saúde Penha. São Paulo; 2006.
17. Thiago S, Tesser C. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública [online].* 2011; 45(2):249-257.

Capítulo 16

HUMANIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS DO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFMG

Wilma Guimarães
Dione Goretti Gomes de Freitas
Andréa Maria Silveira
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir das propostas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde[1], é parte de uma grande "conquista nascida das lutas pela democracia no país que, em 1988, ganhou estatuto constitucional"[2] e se inscreveu como processo de afirmação da saúde como um valor social substantivo da sociedade brasileira[3]. Comprometido com a prevenção, o cuidado, proteção, tratamento, recuperação, promoção, enfim, com a produção da saúde [4], o SUS se organiza em uma "rede articulada, com participação e estreita interdependência entre as três esferas de governo e dos diversos atores sociais, tendo como referência primordial o usuário do sistema"[5] .

A Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1863/GM, em 29 de setembro de 2003, para implantação em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Carvalho[6] indica os serviços de urgências como uma das áreas mais problemáticas do SUS e diz que "sempre ocuparam segundo plano e ainda apresentam sérios problemas, como: longas filas, pacientes crônicos junto com pacientes graves", utilização das unidades de urgência como porta de entrada para o SUS e falta de orien-

tação para a continuidade do tratamento acarretando frequentes retornos dos pacientes em situações mais críticas. Os atendimentos de urgências foram "regionalizados e hierarquizados em diferentes níveis de complexidade das demandas: rede pré-hospitalar fixa – unidades de pronto-atendimento (UPA); rede pré-hospitalar móvel (SAMU) e rede hospitalar"[6]. Por sua vez, a rede de urgências e emergências (RUE) foi instituída por meio da Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, por meio do acolhimento com classificação de risco e resolutividade.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em junho de 2001, tendo como objetivo aprimorar as relações entre profissionais, usuários e profissionais, hospital e comunidade com o intuito de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços com alteração do padrão de assistência aos usuários nos hospitais públicos[4]. Em 2003, com a expansão da humanização para além do ambiente hospitalar, foi implantada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH) no SUS – "Humaniza SUS"[7]. Portanto, a PNH não inaugurou o tema da humanização, mas mudou seu sentido e suas estratégias. A PNH foi criada não apenas para ser um "programa" a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS. Os primeiros anos foram destinados à formulação e consolidação da humanização como política pública, com sustentação teórico-metodológica, e à sensibilização e mobilização dos serviços de saúde, trabalhadores, gestores e usuários[8].

Essa política congrega um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema caracterizadas como uma construção coletiva[7]. Para Benevides e Passos[9], apostar na PNH é definir a humanização como valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

A PNH emergiu num "cenário de insatisfação" enunciado pela sociedade brasileira referente à qualidade e à dignidade nos cuidados prestados, bem como dos "problemas relacionados à organização e gestão do trabalho em saúde [...]"[8]. Essa situação realçou a necessidade e o grande desafio de redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas relacionados à organização e gestão do trabalho em saúde. Portanto, a humanização foi tomada como política pública no SUS, motivada pela necessidade de afirmá-la como "valor do cuidado e da gestão", como "conceito orientador das práticas de saúde". A PNH veio para "deflagrar o movimento político-institucional e social que alterasse os modos de gestão e de cuidado em saúde, ampliando a capacidade da rede SUS em produzir mais e melhor saúde aos cidadãos e dignificar o trabalho em saúde"[10]. Percorridas duas décadas desde a criação do SUS,

algumas "características de iniquidades no acesso" aos serviços de saúde[11] "motivaram mudanças éticas, culturais e políticas"[11]. Portanto, é importante considerar que os problemas na organização e gestão do trabalho em saúde "[...] refletem desfavoravelmente tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores"[8].

A PNH possui três princípios fundamentais, "a partir dos quais se desdobra como política pública de saúde: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos"[7]. A PNH caminha no sentido da inclusão dos diferentes agentes implicados no processo de produção da saúde – "método de tríplice inclusão": inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários); inclusão dos analisadores sociais; inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal[12]. Na avaliação de 10 anos dessa política, evidenciou-se que os princípios e o modo de pensar e de fazer a política de humanização se consolidaram[13].

Os hospitais universitários são lugares estratégicos para experimentar a humanização, pela importante posição que ocupam no SUS, quer seja por sua potencial capacidade resolutiva e eficácia que podem agregar na rede de cuidados, quer seja por sua função de pesquisa e formação de trabalhadores da saúde[10]. Nos hospitais, a tarefa da humanização valoriza e convoca os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. E passa pela imbricação das linhas de ação da assistência, gestão e ensino, de modo a potencializar outros modos de fazer saúde[15].

O Hospital das Clíinicas da UFMG – HC/UFMG atua no atendimento à sociedade, na formação de recursos humanos, no desenvolvimento de pesquisa, de produção e da incorporação de tecnologias na área de saúde. É referência municipal e estadual no atendimento aos pacientes portadores de doenças de média e alta complexidade, como transplantes, tratamentos oncológicos e quimioterapia, maternidade e berçário de alto risco, marca-passos de alto custo, cirurgia cardíaca, entre outras. A unidade de urgência/emergência do hospital, inaugurada em junho de 1996 como pronto-atendimento (PA), posteriormente, tornou-se a Unidade Pronto-Socorro (UPS). É a principal porta de entrada de pacientes em situação de urgências clínico-cirúrgicas, não traumatológicas, de adultos e crianças, procedentes de Belo Horizonte (BH), da grande BH e de cidades do interior de Minas Gerais. Os usuários chegam à UPS por meio do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), via Central de Internação, encaminhados pelas unidades de pronto-atendimento (UPA) de referência na RUE, por demanda espontânea e outros. Aproximadamente 13% da capacidade operacional do hospital concentram-se na UPS[16]. Em janeiro de 2014, havia 1.446 trabalhadores de enfermagem no HC, sendo que 146 estavam lotados na UPS, o equivalente a 10% dessa categoria e 40% da força total de trabalho no setor.

A UPS é uma das unidades funcionais mais complexas, percebida por alguns como "um dos maiores, se não o maior nó crítico do hospital". Havia problemas e queixas

de toda ordem, como: demanda excessiva e demora nos atendimentos; pacientes de alta complexidade; carga de trabalho aumentada para os profissionais; dificuldades de fluidez dos atendimentos; pacientes distribuídos nos corredores, em macas junto aos familiares, o que reduz o espaço de circulação e dificulta a assistência; equipamentos e materiais insuficientes para atender às demandas; inadequação do número de terminais de microcomputadores; falhas frequentes no sistema de registro de prontuários; identificação pessoal insuficiente dificultando a distinção, por parte dos usuários e das diversas categorias profissionais; conflitos, agressões verbais e ameaças entre pacientes, acompanhantes e profissionais decorrentes dessas dificuldades relacionadas; situações constrangedoras, causadas por coordenadores para com seus coordenados, e vice-versa, e outras. O objetivo da pesquisa foi analisar o Programa de Humanização do HC-UFMG a partir da percepção dos distintos atores sociais envolvidos no mesmo (trabalhadores da equipe de enfermagem, usuários e gestores).

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada em duas fases. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, específicas para cada grupo de atores sociais, gravadas por meio digital, em períodos diferentes: fevereiro a março de 2014 (trabalhadores da enfermagem) e fevereiro a junho de 2015 (usuários e gestores). A participação foi voluntária, após esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia propostos e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer número 510.093, CAAE 24464113.9.00005149 (14/01/2014).

Foram incluídos, na primeira fase da pesquisa, os trabalhadores da equipe de enfermagem, de ambos os sexos, dos três turnos e que trabalhavam na Unidade Pronto-Socorro por, no mínimo, dois anos até o dia da entrevista. A amostra foi estratificada por tipos de vínculos com a instituição (trabalhadores do quadro efetivo, admitidos por meio de concurso público federal ou por vínculo com a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP –, conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT) e cargo/função (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Realizou-se sorteio pelo *software* estatístico R (R Core Team, 2014). Foram excluídos do estudo os trabalhadores sorteados que estavam afastados do trabalho durante período de tempo prolongado, por motivos de férias, licença saúde, licença maternidade, no período da coleta de dados, ou porque se recusaram a participar da pesquisa ou não preencheram o critério de tempo de trabalho no PS. O número de trabalhadores participantes foi definido pelo critério de saturação[17]. Foram realizadas 25 entrevistas, entretanto, duas foram excluídas (para testar o instrumento de coleta de dados e porque os trabalhadores respondentes não preencheram critérios de inclusão).

Na segunda fase do estudo, foram entrevistados usuários (pacientes e/ou acompanhantes) e gestores. A amostra de usuários também foi definida pelo critério de saturação, sendo incluídos aqueles com tempo de permanência mínima de 48 horas. Estes foram abordados e convidados para a pesquisa durante o período de internação e as entrevistas realizadas após a alta hospitalar. Foram excluídos pacientes sem possibilidades de comunicação verbal ou escrita. Foram entrevistados 14 usuários, sendo nove pacientes e cinco acompanhantes. Quanto aos gestores, a amostra foi definida por conveniência, sendo escolhidos e convidados a participar da pesquisa o superintendente, um vice-diretor técnico de enfermagem (VDTE), uma assessora de planejamento (ex-coordenadora do Programa de Humanização – PH), a coordenadora vigente do PH, o gerente do PS, dois coordenadores do PS (um de enfermagem e um administrativo) e um responsável pela ouvidoria.

A entrevista dos trabalhadores foi composta de duas partes: a primeira, com questões autoaplicáveis para a caracterização do perfil dos entrevistados; a segunda, composta de questões discursivas referentes à humanização (definição/conceito, informações/conhecimentos sobre o Programa de Humanização/Política Nacional de Humanização), à assistência humanizada e ao trabalho humanizado. Os usuários foram perguntados em relação aos seguintes temas: direitos e responsabilidades como usuário do serviço de saúde; conhecimento da PNH e PH; opinião sobre o atendimento recebido (interesse, atenção, respeito, modo como os profissionais de saúde passam as informações a respeito da sua situação e do seu tratamento), os materiais e equipamentos utilizados, a qualidade das instalações e conceito de assistência humanizada. Os gestores foram indagados sobre a atuação do PH no hospital, participação de gestores/coordenadores/trabalhadores no desenvolvimento do PH e conceito de assistência humanizada.

As entrevistas foram analisadas segundo o método da análise de conteúdo, proposto por Bardin[18]. Os procedimentos adotados para análise foram: transcrição integral do conteúdo das entrevistas; leitura flutuante, identificação e levantamento das frequências de algumas palavras, frases e expressões; tratamento e interpretação dos resultados.

Resultados e Discussão

São apresentados, neste capítulo, os resultados da análise dos dados da pesquisa, considerando-se apenas duas categorias temáticas escolhidas: entendimentos sobre o Programa de Humanização do HC/UFMG/Política Nacional de Humanização; significados de humanização e assistência humanizada.

As citações literais das falas estão identificadas com as iniciais referentes a cada grupo de entrevistados, numerados conforme a ordem de realização das entrevistas: usuários (U), trabalhadores da equipe de enfermagem (E) e gestores (G).

A discussão sobre a "humanização" no HC/UFMG teve início no ano 2000, a partir da iniciativa de uma assistente social, que se reuniu a outros trabalhadores interes-

sados em discutir a humanização do trabalho e da assistência ao usuário. Esse grupo organizou/realizou a 1ª Oficina de Humanização do Hospital, em abril/2001. Nesse mesmo ano, a direção do hospital nomeou a Comissão de Humanização (CH), com a responsabilidade de implantar e desenvolver o Programa de Humanização (PH) no hospital, conforme as diretrizes do PNHAH/Ministério da Saúde[19]. Essa comissão foi o primeiro Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do HC/UFMG.

A CH previu ações que atendessem a três dimensões: a humanização no atendimento ao usuário, as condições de trabalho do profissional de saúde e o atendimento da instituição em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas. Uma das ações de impacto, realizada pela CH, foi o levantamento e a integração de 34 projetos, vários que já existiam no hospital antes do lançamento da PNHAH/MS e outros que foram implantados[19]. Na primeira fase do PH no hospital, o direcionamento institucional se deu para as ações dos direitos do paciente:

[...] tinha que implantar visita ampliada [...] organizar e normatizar a presença do acompanhante dentro do hospital [...] organizar toda a parte de normas pro óbito do paciente, pro cuidado paliativo [...] (G3).

Na segunda fase, após o lançamento da PNH e atuando em consonância a ela, a implantação da visita ampliada (2006) foi a primeira medida de significativa repercussão. E levou ao desencadeamento de outras ações e dimensões previstas na PNH e relacionadas à cogestão, acolhimento e valorização do trabalhador[20] .

Costa[5] realizou estudo sobre a necessária interface entre assistência humanizada e a estrutura organizativa, a partir das experiências do GTH do HC-UFMG. A autora constatou que, desde o início do PH no hospital, havia falta de visibilidade do GTH, que teve uma atuação "bastante restrita e focal". E mesmo tendo resultados, "não realizava o acompanhamento sistematizado dos projetos do hospital, não abarcando a complexidade das atividades sugeridas pelos parâmetros do Programa de Humanização/ Política Nacional de Humanização"[5]. Ela chama a atenção para os dois setores mais citados pelos participantes da pesquisa: a unidade de Pediatria e a unidade de pronto-atendimento (PA), atual UPS, que apresentavam situações extremamente opostas, referentes aos projetos/ações de humanização.

Expressões negativas foram o "carro-chefe" das respostas referentes às informações/conhecimentos que os trabalhadores entrevistados têm sobre a PNH ou Humaniza SUS. Em relação ao PH/PNH, a maioria dos trabalhadores informou não ter conhecimento: 39,1% dos entrevistados responderam negativamente, 30,4% afirmaram ter informações/conhecimentos, 21,7% disseram que sabem muito pouco, vagamente e superficialmente e 8,7% não se definiram. Entre os que "não têm" informações/conhecimentos sobre a PNH, dois fizeram comentários bem coerentes com os discursos oficiais, demonstrando que, na prática, conhecem o tema. Em contrapartida, entre os

sete que afirmaram ter informação ou conhecimento, apenas dois foram mais assertivos e os demais demonstraram conhecimentos vagos, fragmentados ou do senso comum.

Os usuários entrevistados não sabiam da existência do PNH e do PH-HC, apesar de conhecerem ações desenvolvidas pelo programa. Se questionados sobre o que conheciam sobre seus direitos e deveres, não se mostraram preocupados pelo fato do bom atendimento recebido.

Só sei que a única coisa que eu sei que eu tenho direito à saúde (U5).

Direito quase que não preocupo, porque a pessoa quando é mal-atendida ele vai procurar pelo direito, né? Graças a Deus sou bem-atendido, então não tenho mais que procurar pelos meus direitos (U6).

Um dos gestores entrevistados concordou que os usuários conheciam a palavra humanização e desconheciam os seus direitos e o programa ministerial:

Mas eu penso que eles não estão esclarecidos a respeito de direitos. Eles ouvem falar que eles têm direito de tudo, né? […] eles conhecem a palavra humanização. Porque eles sempre falam, né? Que humanização que é essa? Então ele lê em algum lugar, mas, assim, acredito que não é esclarecido para ele o que que é um programa de humanização (G7).

Na avaliação atual dos gestores, o PH é:

[…] de suma importância em todos os processos dentro da instituição (G5).

Apesar disso, é considerado como:

[…] pouco efetivo (G1).

[…] com atuação limitada pelas questões estruturais e o problema da rede de urgência e emergência (G8).

[…] com estagnação das estratégias (G6).

[…] com falta de estrutura, déficit de profissionais e necessitando de maior apoio por parte da governança (G7).

Para alguns trabalhadores entrevistados, a PNH e o SUS se confundem; para outros, parece não haver clareza de que PNH e Humaniza SUS sejam a mesma coisa; ainda há os que não distinguem bem a magnitude do Humaniza SUS como uma política ampla, transversal, voltada para toda a rede de saúde, mas a confundem com algo restrito, com o programa específico, do próprio hospital. Outros pensam que é algo teórico, que ainda se vê só no papel.

Os trabalhadores que afirmaram ter informações e conhecimentos sobre o Humaniza SUS adquiriram-nos em outros locais (cursos de graduação na área da saúde; cursos técnicos de Enfermagem; durante estudos e preparação para concursos públicos;

em outras instituições de saúde em que trabalharam ou ainda trabalham; em "conversas de corredor") e poucos tiveram acesso a curso e palestra específicos oferecidos pela coordenação do Programa de Humanização do hospital estudado:

Eu tenho […] até fiz um curso da humanização do hospital que foi feito aqui na UFMG. […] falou muito de horário de visita, do posso ajudar lá em baixo, né? Das pessoas que chegam que sempre tem que ter alguém lá pra dar informações, orientar os pacientes e também colocou, fez os programas dos horários bonitinhos de visita nos setores fechados, CTI, a sala de emergência. E também falou das diretrizes do SUS e da humanização e eu fiz dois, três dias de curso (E12).

Pereira e Ferreira Neto[21], analisando a experiência de implantação da PNH em uma instituição hospitalar pública de Belo Horizonte, concluíram que o esforço da fase de implantação não se sustentou a médio prazo. Observam que, por parte dos trabalhadores, há um conhecimento incipiente e descrença na atuação da política, com compreensão equivocada de que a política centra-se na qualidade da assistência voltada apenas para o usuário. Os autores ressaltam que é necessário envolver constantemente quem vai operacionalizar os pressupostos abstratos da política (os trabalhadores), pois sua funcionalidade dependerá amplamente deles.

Humanização é um termo polissêmico, mencionado com frequência nas discussões, produções teóricas e práticas na área da saúde, com significados e entendimentos diversificados. Deslandes[22] (2004), analisando os textos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) a respeito do conceito de humanização da assistência, identifica três eixos discursivos: a) a humanização como oposição à violência; b) como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento; c) como melhoria das condições de trabalho do trabalhador da saúde. Destaca também como condição básica a ampliação do processo comunicacional. Referindo-se aos aspectos estruturais de trabalho, Deslandes[22] afirma que, "quase sempre, o profissional de saúde é mal-remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho".

Todos os trabalhadores entrevistados demonstraram ter entendimento, uma definição/conceito de "humanização", apesar de algumas expressões de constrangimento, insegurança, dificuldades e dúvidas se o que pensam saber está "certo ou errado":

[…] preocupar com o próximo em tudo; ser mais dedicado às pessoas de uma forma geral (E2).

[risos] Tornar humano, difícil! [pausa, pensando] Eu penso em respeito quando fala em humanização, tratar com mais respeito, mais dignidade, eu penso nisso (E4).

Vou falar que eu já até ouvi falar, mas eu não sei te responder. Entendeu? Sei… a gente tem uma noção do que que é, […] Eu sei que é alguma coisa referente a humano, não é professora? (E5).

Alguns participantes, despertados pelas perguntas, expressaram a constatação da necessidade de se ter mais iniciativa para buscar informações, estudar mais e ampliar seus conhecimentos sobre a PH/PNH. Chegaram a pedir uma nova chance de responder às perguntas, após saberem mais sobre a humanização. Em tom de brincadeira, uma técnica de enfermagem disse:

Você vai repetir essa pesquisa, ah, vai! Enquanto eu não descobrir o que é humanização [risos], vai repetir. […] pode até ter, vai ver que ele tá ali na minha frente e eu não consigo enxergá-lo. […] esse sistema de humanização deve ter e deve tá passando por mim, mas eu não sei que é sistema de humanização. Entendeu? Deve tá ali conjunto comigo, mas eu não sei que o nome dado é esse nome (E5).

De modo muito expressivo, o entendimento sobre humanização foi imediatamente vinculado à assistência, ao atendimento, ao cuidado com usuários dos serviços de saúde, em especial no contexto hospitalar. Outros atores também foram considerados, tais como os familiares e/ou acompanhantes, os próprios trabalhadores da equipe, os gestores, as condições em que atuam e toda a dinâmica das relações que se estabelecem nesse contexto.

Acho que humanização é você estar aberto a acolher o paciente no momento de angústia do paciente, no momento de instabilidade do paciente, da família, né? Você estar aberto a escutar, né? Entender a […] que aquele momento dele é um momento de dúvidas, insegurança, de incerteza. É isso (E13).

Humanização referente à paciente, né? […] humanização é cuidado como um todo, você tem que ter uma visão holística referente àquele cuidado que você vai fazer com determinado paciente ou determinada pessoa (E14).

É um atendimento de qualidade, dos pacientes e acompanhantes. […] Ter conforto […] (E9).

A humanização também foi relacionada à ética, ao profissionalismo, ao respeito ao paciente, relacionada ao paciente como um todo e não somente à doença. Citaram a importância de ouvir o paciente, entender suas angústias e necessidades de informações.

[…] Você tem que olhar o ser humano como um todo, não pra patologia dele, não somente para a doença, né, mas para as outras necessidades humanas básicas que ele precisa. […] (E14).

Os trabalhadores, ao significarem assistência humanizada, enfatizaram as palavras direito e qualidade referentes ao atendimento que deve ser oferecido a cada usuário, de acordo com suas demandas e necessidades reais de atenção à saúde. Alguns, poucos, apoiaram suas falas em referenciais teóricos e no discurso oficial do Ministério da Saúde, referente ao SUS e à PNH ou Humaniza SUS, e muitos tomaram como referência seus valores éticos, morais, religiosos, aprendidos/compartilhados em suas

experiências pessoais. Assistência humanizada, por vezes, foi traduzida como cuidado humanizado, inerente à dimensão cuidadora do trabalho da enfermagem.

Assistência humanizada é assistência ao ser humano. É assistência nossa é os cuidados, né? (E8).

[…] é dar uma boa assistência, né? Tanto pro paciente quanto pra nós funcionários, né!? (E9).

[…] atender a pessoa com humanidade […] Com humanidade é os direitos que cê tem né! Com respeito […] (E10).

O grande desafio, proposto na PNH, é a realização de mudanças dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, em todos os níveis de assistência, colocando a humanização como um "valor" em busca do atendimento de "qualidade" ao usuário, valorizando a "participação e integração dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde, para a consolidação do SUS"[4,23].

A humanização se expressa no modo como os usuários são recebidos, com respeito, cordialidade, são ouvidos e direcionados por meio de informações, esclarecimentos de dúvidas e orientações corretas e adequadas às suas necessidades, por meio de linguagem que esteja ao alcance deles.

[…] dos meninos do administrativo fazer a ficha do paciente até no produto final que é o diagnóstico, tratamento e possível alta. É, aí nesse intermédio de equipes atendendo, é o que eu falei: atendimento com ética, respeito, […] profissionalismo, coerência no atendimento, entendeu? Dar direito ao paciente de ser atendido […] (E18).

Os profissionais devem receber bem os pacientes, identificá-los e chamá-los pelo nome, acolher, ouvir/escutar suas queixas, atentamente, exercitar a empatia, não se endurecer, mas continuar sensíveis ao sofrimento e às necessidades do outro.

O paciente deve ser respeitado enquanto sujeito, ser tratado com dignidade, com responsabilidade pelos profissionais, ser bem acolhido no serviço […] colocar à disposição dele aquilo que ele realmente necessita (E12).

Essa conduta exige melhor preparo da equipe para que alcance uma visão ampliada, para além da doença e das condutas técnicas próprias da profissão. É preciso trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a fim de atender às "necessidades físicas e, também, emocionais e espirituais", conforme dito por alguns entrevistados.

Souza e Deslandes[24] também identificaram diferentes sentidos atribuídos por profissionais da saúde para definir assistência humanizada, entre os quais três foram mais enfatizados: "cuidado integral […] resultante do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde; cuidado amplia-

do" relaciona-se à integração e participação dos familiares-acompanhantes do paciente durante a internação; a "promoção de conforto" relaciona-se à ambiência[24].

Os trabalhadores consideraram que é relevante ter um número adequado de trabalhadores para oferecer atendimento de qualidade e dedicar mais tempo aos usuários. É preciso ter um ambiente apropriado ao cuidado: limpo, confortável, agradável, que não exponha os usuários a riscos de acidentes e outros agravos à saúde. Algumas vezes definiram a humanização da assistência, dando exemplos de situações que traduzem o oposto – (des)humanização:

É… assistência nossa é os cuidados, né? Mas não é isso só. […] tem que saber escutar, conversar, respeitar […] E, às vezes, a quantidade de pacientes é tantos e a de funcionários tão poucos que não dá tempo da gente dar este tipo de assistência humanizada pra eles (E8).

Um atendimento de qualidade, é funcionários. Tendo isso não precisa ter humanização não, uai! […] 10, 20 pacientes pra três técnicos, como que vai ter humanização? (E9).

[…] cê olha o paciente na cadeira, cê vê o paciente no corredor […] (E10).

[…] é uma assistência que requer um cuidado maior, uma visão maior, evitar os acidentes com esse paciente, ele ter um ambiente hospitalar mais agradável […] o ambiente do paciente tem que estar limpo e confortável. […] (E15).

Segundo Araújo e Ferreira[25], "o cuidado humanizado inclui o bom trato que se faz presente em ações resolutivas e quando os profissionais realizam avaliação clínica e reconhecem o direito do cliente à informação sobre o seu cuidado".

Os usuários demonstraram dificuldade em explicar o significado de humanização e assistência humanizada, mesmo quando se pergunta "de que modo você gostaria de ser tratado para ficar satisfeito com o atendimento no hospital?". Para alguns, assistência humanizada é a garantia do atendimento; de não ser barrado na portaria; o direito ao acompanhante. Para outros, relaciona-se a uma boa estrutura física, com banheiros adaptados aos deficientes, com cadeiras confortáveis para paciente e acompanhante, medicação e alimentação adequada. A maioria concorda que são importantes a atenção, educação e paciência dos profissionais.

Em primeiro lugar é o atendimento. Então, como a gente já tem o cartão, eu acho que a gente teria que ter direito de ser atendida aqui (U4).

Quando a gente é internada não ficar no corredor porque é horrível, porque as luzes ficam tudo, né, no rosto da gente, é gente passando toda hora, né? (U4).

Assistência humanizada? Ah, ó eu acho que já tem (U5).

[…] para dizer que o atendimento é bom, acho que é a educação do pessoal, né, dos médicos, dos enfermeiros, do pessoal que trata a gente como o paciente. Não tem como, tem que tratar bem. É o ideal (U7).

Para Chernicharo, Freitas e Ferreira[26], a concepção de usuários hospitalizados sobre humanização corresponde a questões de caráter objetivo (gestão, mudança nas práticas e comportamentos) e de caráter subjetivo (empatia, relação profissional-usuário e questões emotivas).

Entre os gestores, o conceito de assistência humanizada é compreendido de forma variada e converge para a valorização do ser humano, seja paciente/acompanhante ou trabalhador, numa visão integral do indivíduo:

[…] valorização de quem está na assistência (G1).

[…] é acolher, ser resolutivo, conseguir estabelecer empatia e respeitar a autonomia das pessoas, se colocar no lugar do outro, dar mais atenção (G3).

Eu acho que o foco no paciente, né, e nas demandas do paciente […] Acho que isso é questão de humanização, né, dar conforto para a família e para o paciente (G8).

[…] é reconhecer o indivíduo com todas as suas necessidades, vulnerabilidades, deficiências, não só aquelas relacionadas ao cuidado em si, mas a sua inserção na sociedade como um todo (G6).

A melhoria da qualidade da assistência e a satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde. Partindo-se da premissa de que "a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais"[27].

Os trabalhadores entrevistados avaliam que é muito difícil, às vezes impossível, concretizar as propostas de humanização da assistência se não houver mais atenção e investimentos neles e nas condições concretas de trabalho. Por outro lado, percebem alguns investimentos, feitos pelos governos, para os avanços do SUS e dos programas/políticas a ele relacionados, neste caso o PNHAH/PNH, e também dos gestores do hospital que têm investido nas melhorias deste como um todo e, especificamente, nas reformas de infraestrutura e na aquisição de equipamentos e outros recursos para a UPS. Eles pensam que as mudanças contribuíram não só para a humanização da assistência, mas também do trabalho; entretanto, não souberam afirmar, com certeza, que estas se devem ao Programa de Humanização.

Os usuários mostraram ter pouco conhecimento sobre as políticas públicas e dos seus direitos relacionados à saúde. Consideram o simples acesso ao serviço de saúde

como fator de satisfação. Para os gestores, o conceito de assistência humanizada convergiu para a visão integral do indivíduo, com reconhecimento das suas necessidades, vulnerabilidades, deficiências e respeito à autonomia das pessoas.

Para que a humanização seja uma prática transformadora das ações de saúde, é necessária ação articulada e continuada entre gestores (gestão participativa), usuários (conscientes de seus direitos) e trabalhadores, o que coloca a todos diante de um grande desafio. A estratégia de escuta desses atores pode ser um caminho para a consolidação da PNH no cotidiano dos serviços de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Apresentação Otávio Clementino de Albuquerque, p.11-12; Discursos pronunciados na cerimônia de abertura, p.15-31; Conferência: Democracia é saúde, p. 35-42. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
2. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005 jul/set; 10(3):561-71.
3. Pasche DF. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu*). 2009; 13(supl. 1):701-8. [Acesso em: 20 nov. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci _ arttext&pid=S141432832009000500021&1ng=en&nrm=iso.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Assistência Hospitalar.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [Acesso em: 20 de novembro de 2013]. Disponível em: http:/www.saude.gov.br/bvs.
5. Costa JSM, Chaves MM. *Assistência humanizada e estrutura organizativa:* a necessária interface. A experiência do grupo de trabalho de humanização em um Hospital Público de Belo Horizonte. 2004. [Acesso em: 27/out./2014]. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2004-teo-2380.pdf.
6. Carvalho BKL. A rede de urgência em Belo Horizonte – MG – Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2008; 18 (4):275-8.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.
8. Pasche DF, Passos E, Hennington ÉA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011 nov; 16(11):4541-48. [Acesso em: 6.nov. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/ scielo.php? script=sci_ arttext&pid =S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso.
9. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2005 mar/ago; 9(17):389-406.
10. Pasche DF. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(supl. 1). [Acesso em: 20 nov. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S141432832009000500021&1ng=en&nrm=iso.

11. Pasche DF. Humanização e os hospitais brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2009; 19(4):Supl. 2:S1-S80.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS:* Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização*. Brasília - DF; 2015.
14. Santos-Filho SB. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: Considerações metodológicas. In: Campos RO, Furtado JP (Orgs.). *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde.* Campinas: Unicamp; 2011; p 257-278. (Coleção Saúde, Cultura e Sociedade).
15. Falk MLR, Ramos MZ, Salgueiro JB. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. *Interface Comunicação, Saúde, Educação.* 2009; 13(supl 1):707-17.
16. Hospital das Clínicas. *Boletim Informativo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. 2013 dez; XVIII(294):4. [Acesso em 22 de agosto de 2013]. Disponível em: http:// www.hc.ufmg.br/.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4.ed. Lisboa: Edições 70; 2007.
19. Guimarães W. Terapia ocupacional em onco-hematologia: relato de experiência no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. In: Othero MB. (Org.).*Terapia ocupacional:* práticas em oncologia. São Paulo: Roca; 2010; p.323-63.
20. Chaves PC, Nehmy RMQ. A experiência de implantação de diretrizes da Política de Humanização no Hospital das Clínicas da UFMG. *Rev Med Minas Gerais*. 2009; 19(4): supl 2:S42-46.
21. Pereira AB, Ferreira Neto JL. Processo de implantação da Política Nacional de Humanização em hospital geral público. *Trab Educ Saúde.* 2015 jan/abr; 13(1):67-87
22. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):7-14,. [Acesso em: 19 de novembro de 2013]. Disponível em: http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ S14138123 2004000 100002&1ng=en&nrm=iso.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. [Acesso em: 22 de maio de 2012]. Disponível em: http:/www.saude.gov.br/bvs.
24. Souza KMO, Deslandes SF. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010 mar; 15(2):471-80,. [Acesso em: 12.nov.2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1413-81232010000200024&lng=en&nrm=iso.
25. Araujo FP, Ferreira MA. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Rev Bras Enferm.* 2011 abr; 64(2):287-93. [Acesso em: 07 nov. 2013]. Disponível em: http:// www.scielo.br/scielo.php?script =sci_arttext &pid=S0034-71672011000200011&lng=en&nrm=iso.
26. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. *Saúde Soc.*, 2013; 22(3):830-9.
27. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):555-61.

SEÇÃO III

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GRUPOS ESPECÍFICOS

Capítulo 17

O SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESTUDANTES DE MEDICINA: A POSSIBILIDADE DE ESCUTAR EM UMA UNIVERSIDADE

Maria das Graças Santos Ribeiro
Cristiane de Freitas Cunha
Cristina Gonçalves Alvim

Introdução

A Assessoria de Escuta Acadêmica é um espaço criado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG) para priorizar a escuta dos estudantes com conflitos e sofrimento psíquico, os quais são percebidos neste trabalho como questões subjetivas, que causam desconforto, mal-estar psíquico, desesperança e dificuldades para lidar com o cotidiano da vida. São apresentadas por alunos, não raro repetidas vezes, sob a forma de pedidos administrativos, situações que ultrapassam as solicitações e informações de rotina sobre direitos, deveres, normas e condutas acadêmicas. Às vezes são explicitadas, mas também surgem como demandas administrativas que revelam queixas subjetivas.

O trabalho desenvolvido constitui-se de escuta, que traz a orientação da Psicologia, norteada pela Psicanálise. É uma oportunidade de auxiliar o estudante a pensar em seu mal-estar, impulsioná-lo a ser sujeito, propiciando o questionamento de suas ações, o lugar que está ocupando, o benefício que está requerendo, os motivos de negligenciar suas dificuldades e limitações.

Por meio dessa escuta os trancamentos de matrícula, as reprovações e as recorrentes solicitações administrativas tangenciadas por questões de cunho pessoal e/ou psíquico trouxeram interrogações sobre o sofrimento psíquico vivenciado pelos estudantes de Medicina, as implicações acadêmicas e pessoais decorrentes e até o papel e o envolvimento da família.

Não foi encontrado serviço com as características específicas da Assessoria de Escuta Acadêmica, o que reforçou a importância de se pesquisar as demandas que chegam a esse espaço, bem como as lacunas a respeito das dificuldades emocionais e do sofrimento psíquico que ocorrem entre os estudantes de Medicina e sobre o que pode ser feito institucionalmente.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o sofrimento psíquico explícito ou velado nas demandas de cunho acadêmico/administrativo apresentadas à Assessoria de Escuta Acadêmica/FM/UFMG.

O estudo baseou-se em análise qualitativa e quantitativa dos registros digitados de atendimentos realizados no serviço, com estudantes de graduação em Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), do 1º ao 12º período, perfazendo o total de 1.025 atendimentos registrados pela Assessoria de Escuta Acadêmica no período de julho de 2007 a julho de 2013. Para o presente trabalho foram analisados 235 registros que correspondem a atendimentos feitos em dois desses anos, não explicitados para preservar o anonimato dos envolvidos. Como se repetem registros do mesmo aluno em cada semestre, para efeito da pesquisa eles foram acoplados semestralmente, gerando 157 registros.

O método qualitativo mostra-se adequado ao estudo, pois facilita o desvelamento de processos sociais pouco conhecidos a respeito de grupos particulares e propicia a elaboração de novas abordagens, a revisão e a criação de novos conceitos.[1] Realizou-se estudo exploratório que envolveu pesquisa bibliográfica sobre o tema, análise de fragmentos de casos e análise dos registros de atendimentos dos estudantes, visando à categorização e à quantificação desses registros. Foi utilizada a análise de conteúdo para o tratamento e discussão dos dados, o que permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre determinado contexto, ultrapassando o senso comum e o subjetivismo na interpretação[1]. Para a discussão e análise dos dados houve um diálogo com textos psicanalíticos.

A seleção dos registros de atendimentos aos estudantes que respondiam aos objetivos do estudo foi feita por meio de amostragem proposital, intencional ou deliberada – que não traz a preocupação de uma representatividade em relação à população total[2] – utilizando o critério da saturação, que se define por interromper a inclusão de sujeitos quando os relatos começam a ter regularidade de apresentação[3].

Para utilização dos dados dos registros dos atendimentos foram solicitadas a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) e a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O parecer foi favorável: CAAE: 16365113.0.0000.5149.

O Sofrimento Psíquico entre os Estudantes

"Entrei na primeira porta que estava escrito 'escuta'!" (fala de aluna).

As demandas dos estudantes de Medicina foram organizadas na pesquisa em cinco categorias: sofrimento psíquico; assuntos político-administrativos; dificuldade de convivência na comunidade acadêmica[a]; quando o professor procura o serviço; e o papel da família. Ressalta-se que o sofrimento psíquico é conteúdo que atravessa todas as categorias. Neste trabalho será explorada a categoria sofrimento psíquico, que se desdobra em cinco subcategorias: sintomas psíquicos; situações graves; uso considerado abusivo de álcool e outras drogas; dúvida na escolha do curso; dificuldades acadêmicas e competição.

A maioria dos alunos que vai à Assessoria de Escuta Acadêmica leva questões subjacentes à demanda inicial, que são relacionadas a algum tipo de sofrimento. O foco do atendimento, além de encaminhar a demanda inicial, quando for o caso, é priorizar a fala sobre situações de sofrimento do estudante e com ele poder abrir hipóteses do que lhe ocorre, instigá-lo a buscar saídas para o mal-estar que lhe aflige e implicar-se na situação vivida.

Acredita-se ser imprescindível considerar a responsabilização do sujeito sobre seu mal-estar e não esvaziar a dimensão da singularidade de cada um e da experiência humana fundamental do sofrimento e da angústia. É com esse enfoque que a pesquisa buscou priorizar o singular que surge na fala de cada estudante e que pode remeter a experiências vivenciadas por parte significativa do grupo. Isso porque se considera que o sujeito é múltiplo, mas é também um, é *"uma exceção ao universal"* e *"resiste a ser universalizável"*[4], assim como o inconsciente, que é irredutivelmente imprevisível. Por isso, cada estudante que procura o serviço entrelaçado nas agruras de algum sofrimento merece atenção e encaminhamentos singularizados.

Sintomas psíquicos

"Em que espelho ficou perdida a minha face?"[5].

Autores[6] destacam que, para além das dificuldades referentes ao curso, características individuais, ambivalência própria da juventude, vivenciando momentos de transição, além das condições de resiliência, são fatores que influenciam no estado psíquico dos estudantes. Essa influência causa efeitos singulares, que serão vivenciados por cada sujeito também de forma singular.

Considerando o que é mencionado por vários pesquisadores sobre ser a escola médica um fator de adoecimento para seu graduando, público este que possui índices

a Comunidade acadêmica entendida neste trabalho como docentes, discentes e técnicos administrativos.

de depressão, suicídio e ansiedade mais altos que a população em geral[7], a necessidade de uma oferta precoce de escuta a esse público se faz fundamental. Nessa escuta, além do sujeito que se quer conhecer, ouvir, muitas vezes é necessário pensar, juntamente com o colegiado e professores, em alternativas acadêmicas que possam minorar o sofrimento e criar possibilidades de saída aos impasses, como a inserção em tratamento psíquico ou o envolvimento da família.

Eu consegui cumprir a meta de me regularizar no curso! Foi bom a insistência sobre o tratamento… eu não conseguia enxergar isso […] (fala de aluno).

Vários estudantes procuram atendimento espontaneamente ou encaminhados por seus professores ou colegas, com relatos de angústia, ansiedade, tristeza. Os motivos são muito variados, mas há recorrência em dificuldades vivenciadas com a família relacionadas a desentendimentos, falta de apoio ou cobrança para bons resultados.

O relacionamento com meu pai não é bom… tenho um irmão jogado na rua, usuário de drogas… estou desmotivada, não sei direito como resolver […] (aluna trazida por colega, com reprovações e fragilidade emocional).

Ninguém se importa comigo! Só recebo cobranças de minha família e dos professores: preciso ser a melhor aluna, a melhor filha! (aluna com excesso de faltas e manifestações de adoecimento por estresse).

Demorei a procurar atendimento terapêutico porque tinha preconceito, mas ainda não consegui melhorar. Tenho dificuldade de estudar, de concentrar, de vir às aulas, mas sei que quero ser médica […] (aluna do Ciclo Ambulatorial com diagnóstico de depressão e dificuldades de relacionamento familiar, com infrequência às aulas e reprovações).

A família tem importante papel nos momentos de dificuldades, tendo-se constatado que o medo de decepcionar os pais e as ameaças de represálias vindas destes pioram as situações de conflito. As crises pessoais e acadêmicas vivenciadas no decorrer da graduação terão melhores prognósticos com o amparo familiar[8].

É comum estudantes com origem familiar de outras cidades ou estados manifestarem sofrimento com a distância da família e a dificuldade de conduzirem a vida sozinhos: *"Não sei me organizar bem nas coisas do dia a dia… sinto falta da minha casa* […]" (fala de aluno).

Diversos alunos atendidos informam diagnóstico de depressão ou sintomas relevantes de adoecimento e são encaminhados e estimulados ao tratamento. São casos em que geralmente há recorrências de dificuldades acadêmicas e que recebem acompanhamento mais contínuo, muitas vezes com estudo de especificidades para seu percurso acadêmico.

Para vivências pessoais que necessitam de tratamento, cuidado e atitudes, o serviço funciona, em alguns casos, como uma fonte impulsionadora para a busca de soluções. Isso é percebido quando o estudante precisa voltar para falar, no mesmo lugar, em semestres seguidos, sobre situações que dependiam dele também para serem modificadas.

Eu aqui de novo com o mesmo problema [...] (fala de aluno).

Eu não vim antes porque não estava cuidando de mim (fala de aluno).

É importante abordar o aluno desde o início do curso a respeito da prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nesse grupo e dos fatores de estresse e adoecimento que o próprio curso de Medicina pode propiciar. Essa estratégia pode, inclusive, minimizar os estigmas relacionados ao sofrimento psíquico. Atualmente, no curso de Medicina da UFMG, tais assuntos começam a ser abordados no 2º período, com a disciplina curricular Tutoria. Também em seminários e encontros que abordam temas relacionados. Em algumas disciplinas há também espaço para discussões que possam abordar aspectos de adoecimento do próprio estudante. Contudo, pelas falas dos alunos, pode-se perceber que o assunto sofrimento psíquico é muitas vezes evitado por eles mesmos e por seus professores no convívio diário. Uma mistura de sentimentos como vergonha e preconceito transparece nas falas arredias e amedrontadas de alunos que abordam essa questão. Alguns se referem a comentários de professores sobre um menosprezo com queixas psíquicas, considerações como *"isso não é nada, vai passar"* para que se possa encerrar o assunto. Talvez a dificuldade em lidar com as próprias angústias leve a um mecanismo de defesa que pretende abortar a angústia do outro.

Não é raro quando a sugestão ao aluno é a busca por atendimento terapêutico, devido à percepção de situações de sofrimento importantes de serem trabalhadas, que sejam verbalizados relatos relacionados a professores que afirmam que se o aluno tem dificuldades emocionais não serve para ser médico:

Aluno de Medicina que precisa fazer tratamento terapêutico e psiquiátrico não dá conta de ser médico (reprodução, por um aluno, de fala de um professor em aula).

Vou mostrar cenas fortes, quem tem dificuldade com isso pode sair da sala, apesar de que eu acho que estudante da área da saúde não pode ter mal-estar ou se incomodar com cenas fortes (fala de um psiquiatra em evento na Faculdade)[b].

Claro que não, eles vão querer saber disso? (resposta de aluna ao ser indagada se já conversou com seus professores a respeito de seus pensamentos de desconforto no atendimento aos pacientes).

b Essa fala não se encontra nos registros analisados. Foi ouvida pela pesquisadora no evento.

Esses relatos remetem à necessidade de reflexão sobre formas de abordar o assunto não só entre os estudantes, mas na comunidade acadêmica, especialmente entre os professores.

O preconceito pela busca de ajuda e pela admissão do sofrimento psíquico pode contribuir para consequências como somatizações, abuso de álcool e drogas e até mesmo suicídio. É necessário criar com a comunidade acadêmica uma mentalidade que considere os aspectos psicológicos da formação médica, sendo esta expressa no currículo, mas também no convívio entre docentes e alunos e na rotina dos cursos e dos atendimentos hospitalar e ambulatoriais[8].

Situações graves

"Não tenho um núcleo familiar! Não tenho com quem contar" (aluno).

É muito comum, em situações psíquicas graves, que haja por parte da comunidade acadêmica o questionamento para a instituição, representada pela coordenação do colegiado ou diretoria da Faculdade, sobre o que fazer, qual a solução – aparentemente na busca de uma solução universal, protocolar. Para a angústia de todos, não há soluções e respostas prontas, pois o sujeito não é universalizável. É no tatear do diálogo, da criação de redes de apoio (entre órgãos da instituição, familiares e profissionais externos), do erro e acerto, que caminhos vão sendo construídos. Às vezes com sucesso, às vezes não.

Em circunstâncias como suicídio, tentativa de suicídio, agressão verbal ou física, surtos e uso considerado abusivo de drogas, a pergunta geralmente direcionada para a coordenação do colegiado é o que ele irá fazer, como irá resolver a questão, como irá evitar que novos eventos ocorram. Não raro, sugestão da comunidade acadêmica como expulsão do aluno, com justificativa de inadequação para a Medicina, é a providência sugerida.

Se a pessoa não consegue atender pacientes, por que vamos ficar insistindo com ela? A Medicina não é para ela (fala de professor a respeito de aluna com depressão).

Há que se considerar que, diante do imprevisível do sujeito, as respostas não estão prontas e a solução não pode ser extirpar o presumível problema (uma pessoa) da convivência. A decisão precisa passar pelo sujeito em questão. É uma corresponsabilidade de todos os atores envolvidos com a instituição a busca de saídas para os impasses vivenciados entre seus membros, respeitando-os. É ainda preciso refletir sobre lacunas dos processos de avaliação quando há inadequação psíquica grave, mas o aluno é aprovado nas disciplinas. São situações que deveriam provocar questionamento nos avaliadores, mas que geralmente se voltam para responsabilização institucional. A dificuldade psíquica pode não ser impedimento para a aprovação do aluno, mas seria

interessante que o professor pudesse ser um ponto de referência para o diálogo com esse aluno e com as instâncias institucionais sobre as vivências do processo avaliativo e das singularidades do sujeito.

Em pesquisa recente[9] foi encontrada frequência de ideação suicida, no momento da entrevista, correspondente a 5,66% entre estudantes do último ano do curso na UFMG. Esse número revelou-se mais baixo do que em outras pesquisas analisadas pelo autor e também muito mais baixo que o encontrado em pesquisa de 1991[10], na mesma Faculdade. Essa mostrou que 37% dos alunos já haviam tido pensamento suicida e 2,3% já haviam tentado suicídio pelo menos uma vez. Esse tema não pode ser negligenciado, devido à sua gravidade e porque, certamente, possui mais recorrências do que as que são conhecidas[11].

Inadequação psíquica grave apareceu com alguns estudantes: situações que indicam condições de limite quando não é possível acessar esses estudantes com a abordagem da necessidade do tratamento, devido a não haver entendimento e aceitação do quadro de adoecimento, que é negado. Há momentos em que a família é chamada para o diálogo, mas, por vezes, há também dessa parte a negação.

Percebe-se que o cuidado nem sempre consegue acessar o sujeito. É preciso considerar que cada um, seja ele estudante de Medicina ou não, relaciona-se a várias vertentes da vida nas quais se incluem a família, a personalidade, aspectos biológicos e psicológicos, condições de resiliência, recursos econômicos e sociais, questões políticas e tantos outros. A oferta do cuidado é necessária, mas pode não ser capaz de abrandar o intolerável do sofrimento. Os cuidadores não são onipotentes ao ponto de conseguirem eliminar todo sofrimento. Em um recente caso de suicídio com estudante da Faculdade em questão havia o cuidado médico e familiar, que não foi, infelizmente, capaz de aplacar o sofrimento.

Uso considerado abusivo de álcool e outras drogas

Um tema pontual que aparece poucas vezes, por motivos presumíveis, mas que sabidamente ocorre em número maior, é o uso considerado abusivo de álcool e outras drogas. No cotidiano da Assessoria de Escuta Acadêmica é percebida esquiva dos alunos de falarem sobre o assunto, omitindo ou mentindo em relação a seu uso. É mais frequente que professores e colegas, interessados no cuidado, procurem o serviço para falar sobre algum aluno usuário do que o próprio aluno, que geralmente só aparece em situações de necessidade administrativa, como ter se esquecido de fazer a matrícula ou quando precisa trancá-la, geralmente por infrequência. Há dificuldade na abordagem e para auxiliar esses estudantes, que comumente possuem laços quebrados com a família, não desejam e não aderem ao tratamento.

Estudar é minha vida, não posso perder o curso! Preciso ficar "limpo"! Não falei disso antes porque tenho medo do julgamento moral das pessoas.

Essa fala é de aluno que foi abordado diversas vezes pela Escuta Acadêmica devido à observação de seus professores sobre infrequência e desatenção. Sempre arredio ao diálogo, procura o serviço quando foi reprovado em todas as disciplinas do semestre. A falta do cuidado e intervenção da família desponta em tais situações. A família precisa ser o núcleo de apoio e de referência para essa atenção. Entretanto, por vezes, percebe-se distanciamento familiar ou mesmo desejo de que seja resolvido o problema sem que a família tenha que se expor ou participar:

Gostaria que vocês tentassem conversar com ele aí, quem sabe até uma internação [...] (fala ao telefone de pai de aluno, em outro estado).

Pode-se observar que em situações de sofrimento psíquico mais grave e uso considerado abusivo de drogas o lugar da escuta é temido, quando a pessoa não consegue lidar minimamente com suas fragilidades ou reconhecê-las:

Eu não quero que você me chame aqui mais [...] (fala de aluno).

Você está perdendo seu tempo comigo, me fazendo perder o meu, sempre fui assim, não tem jeito de mudar [...] (fala de aluno).

A oferta para a escuta continua, mas a decisão é sempre do outro, não há tratamento quando o sujeito não quer. Também a preocupação dos colegas demonstra a sensibilidade e o incômodo gerado pela questão. O serviço já recebeu algumas vezes grupos de alunos que vêm solicitar ajuda para algum colega por perceberem abuso de substâncias psicoativas. Nesses casos, é comum a tentativa de envolver a família e professores na perspectiva de fazer o possível em cada situação, mas nem sempre há êxito. Por meio do diálogo investe-se em ultrapassar a barreira do preconceito com o adoecimento psíquico, com a necessidade de tratamento. O poeta bem sabe definir a fragilidade que é comum a todo ser humano, mas que não é de (re)conhecimento de todos: *"Se tens um coração de ferro, bom proveito. O meu fizeram-no de carne, e sangra todo o dia"*[12]. Falar dessa fragilidade, acredita-se, possibilita a abertura de um caminho.

Autores[13] citam a utilização do álcool como um ritual de passagem da infância para a vida adulta e abordam a gravidade da tolerância e estímulo social ao consumo, que pode levar a prejuízos físicos, psicológicos e sociais. Alertam para estudos sobre filhos de pais dependentes químicos possuírem risco aumentado para dificuldades emocionais, escolares e para consumo de substâncias psicotrópicas. Também, que filhos de dependentes de álcool possuem risco aumentado quatro vezes de se tornarem dependentes na vida adulta.

É entendida como um desafio para a Universidade a criação de formas de abordagem preventiva e terapêutica para o uso de substâncias psicoativas, com política

institucional sobre o tema, ampliando para a participação da comunidade universitária no enfrentamento da questão e na reflexão sobre as escolhas[14]. Essa é uma iniciativa que precisa ser considerada na Faculdade de Medicina.

Dúvida na escolha do curso

Sobre a inadaptação, insatisfação e dúvida com a escolha do curso, foram encontradas algumas situações de muita angústia e tristeza, além de dificuldades de lidar com a reação da família e de fazer uma escolha profissional que não seja pautada por opções e desejos dos familiares. Como o exemplo de aluno do início do curso que, decidido pela Ciência da Computação, traz a angústia maior para ele no processo de mudança: *"difícil foi falar com a família!"* (fala de aluno).

Já outra aluna, no final do curso, solicita trancar a matrícula, dizendo nunca ter tido interesse pela Medicina e que achava um absurdo se formar em algo de que não gostava, sendo que isso lhe custava muito caro internamente. Mas a família e toda a cidade de onde provinha esperavam uma médica. Ela retornou para terminar o curso posteriormente.

Não é rara a escuta de alunos lamentando que o pai não irá mais ajudá-lo financeiramente se ele desistir da Medicina ou que fez esse vestibular para provar para os pais que conseguiria.

A maioria dos alunos que têm dúvida não sabe o que desejam, mas alguns manifestam interesses por outros cursos como Música, Teatro, Letras, Economia, Engenharia Civil, Gestão em Serviços de Saúde. Às vezes arrastam a dificuldade da decisão de romper com a graduação em Medicina por alguns semestres, mas felizmente, para a maioria dos que possuem outra escolha, chega o momento de optarem por ela.

É frequente que os estudantes que se angustiam com a dúvida na escolha do curso a manifestem primeiramente por meio de notas ruins, desinteresse pelas aulas, infrequência, esquecimento em fazer a matrícula, falta de atenção a prazos do calendário acadêmico. Muitos estão sob a pressão familiar para não trancar o curso, para não desistir:

Ele pode ser o que ele quiser, queremos que ele seja feliz… Mas deixar a Medicina, uma profissão tão promissora […] (fala de uma tia).

Minha mãe fala que apoia o que eu quiser, mas na verdade não é assim… ela me valoriza somente como estudante de Medicina, outra opção é vista como algo menor, onde não vou ser ninguém […] (aluna do Ciclo Básico).

Não é raro estarem envolvidos com abuso de substâncias psicoativas, como se observa na fala de aluno do Ciclo Básico, uma das poucas em que o próprio aluno manifestou-se sobre a questão:

Prefiro fumar maconha no ICB[c] *a assistir aquelas aulas… Não quero ser médico (fala de aluno) / Ele ainda não sabe o que quer, é muito novo, precisa tentar ficar no curso, não vou deixá-lo sair!* (fala da mãe desse aluno).

Pouco tempo depois a família foi chamada para socorrer esse aluno que precisava de internação por overdose de drogas. Ele não retornou ao curso.

Alguns estudantes mencionam decepção com o curso, o que remete à quebra de idealização, como motivadora da dúvida na escolha. Esses relatos surgem geralmente quando vêm solicitar alguma orientação ou demanda administrativa, imbuídos de angústia e medo:

Não sei por que escolhi Medicina, tenho muita dificuldade em atender o paciente, acho que não tenho jeito para isso […] A ideia da área da saúde antes de entrar na Medicina é outra, aqui é tudo diferente do imaginado: várias pessoas apalpando um paciente! Saio para o banheiro para não ter que fazer também! (fala de aluna do Ciclo Ambulatorial).

Percebe-se que o acompanhamento semestral de alunos que estão insatisfeitos com a escolha do curso auxilia na elaboração do processo de desligamento, quando esse é o desejo do aluno, mas há empecilhos pessoais e familiares para a tomada de decisão: *Foi muito importante poder vir aqui para me ajudar na decisão de sair do curso* (fala de aluno).

Uma fala comum, que geralmente surge em questionamentos ao aluno a respeito de dificuldades acadêmicas, é a impressão que alguns argumentam de que a Medicina não seja para eles. Com nível de cobrança muito alto, dizem acreditar que a Medicina é para quem estuda muito, quem aprende rápido, e julgam que não têm talento para o ofício. Falas que indicam a necessidade de trabalhar questões pessoais e vínculos afetivos e familiares:

Acho que para ser médico é preciso ser muito inteligente, muito bom e eu não sou […] eu preciso estudar muito o que os outros aprendem estudando pouco (fala de aluno no Ciclo Ambulatorial, sem uma reprovação no curso).

Sou a única na família que chegou ao curso superior, isso é uma responsabilidade! Quis entrar para a UFMG, mas tenho dúvida sobre o curso. No início era para ajudar as pessoas e agora já não sei mais se posso ajudar. Ser médica também é uma grande responsabilidade: ter a vida do outro na sua mão, é só para pessoas muito boas (aluna do Ciclo Ambulatorial).

Surgem também falas reticentes, indicativas de um não saber, como, por exemplo, quando a explicação para a escolha da Medicina é uma identificação com o grupo familiar, mas as reprovações e trancamentos e a infinidade de argumentos para os pro-

c Instituto de Ciências Biológicas.

blemas vivenciados atestam que o desejo parece não estar nesse lugar: *"Ah… escolhi para pertencer ao grupo… na minha família há muitos médicos e os assuntos giram em torno disso* […]*"* (fala de aluno).

Em geral, nessas conversas, é possível uma abordagem sobre o que há subjacente a tantas inseguranças, pressões e dúvidas e a respeito de buscar ajuda terapêutica, de permitir-se falar disso. É comum que os alunos fiquem surpresos com essa abordagem e que mencionem não haverem pensado nos fatos como uma questão a ser elaborada em psicoterapias.

Esses relatos dos alunos confirmam ponderações de pesquisadores[8,15] a respeito da idealização da família e da sociedade em relação à profissão médica. É importante considerar que elementos conscientes e inconscientes influenciam na escolha profissional, sendo que os inconscientes são os maiores determinantes[8].

Alguns autores[8] defendem não ser frequente na atualidade a escolha pela Medicina em busca de boa remuneração ou de *status*. Entretanto, outros[15,16,17] indicam que há engodo nessa afirmação. Eles sustentam que a profissão médica é vislumbrada como uma forma de estabilidade social, com perspectivas de prestígio e de ascensão social. Suas pesquisas revelam que as razões mais consistentes na escolha pela Medicina podem, sim, estar ligadas à imagem e o *status* social oferecidos pela profissão, além da oferta constante de emprego.

Dificuldades acadêmicas e competição

As dificuldades acadêmicas revelaram-se de forma expressiva na maioria dos registros, sendo associadas a alguma forma de sofrimento psíquico. Esse dado mostra-se como sintoma, já que realça que alunos infrequentes, com reprovações e dificuldades de aprendizado possuem, subjacentes a essas questões, fragilidades, angústias e tristeza, sofrimento e adoecimento psíquico. É um sinal de alerte e consitui a principal motivação para a realização desta pesquisa: *"Não estou bem, me sinto triste, desanimado, sozinho, não consigo estudar para as provas"* (aluno do Ciclo Ambulatorial com histórico de infrequência, trancamentos e relatos de desentendimentos familiares).

Ressaltam-se também diversas demandas administrativas que surgem com relatos de sintomas somáticos como dores de estômago e insônia e muitas vezes não há implicação em compreender as motivações de tais sintomas, identificados unicamente como biológicos. O objetivo de vir ao serviço era apenas uma orientação quanto a direitos garantidos pelas normas acadêmicas.

Um aspecto importante de se relatar é o prejuízo emocional que causa a competição exagerada com a qual se convive no curso médico. Esse fenômeno já se inicia no processo vestibular e que perdura por toda a vida acadêmica (e, por que não dizer, na vida profissional):

Fico constrangida no grupo. Só falam de viagens que fizeram ao exterior, das roupas de marca que compraram. Fica difícil manter uma relação com esse grupo, não tenho vontade de ir às atividades (acadêmicas), pois não tenho as mesmas condições (financeiras) que eles para participar do diálogo (fala de aluna sobre seu grupo).

Quero saber se posso colar grau separado da minha turma. O valor que é cobrado para a cerimônia é muito caro e não vejo justificativa para isso (fala de aluno no semestre da formatura).

[…] eles são muito ricos para terem paciência com a velhinha que atendemos hoje (fala de aluna do Ciclo Ambulatorial sobre seu grupo de colegas, do qual se sente excluída por não pertencer ao mesmo nível socioeconômico).

Infelizmente, são falas que têm se multiplicado com o tempo. Situações adoecedoras que comumente parecem afetar mais os alunos que já estão com alguma fragilidade emocional. Já causaram, inclusive, internação entre estudantes devido à competição em bebidas, além de constantes relações de segregação e sofrimento, motivos pelos quais não podem ser ignoradas: *"a competição no curso, cada um querendo tirar vantagem sobre o outro, me assusta muito"* (aluna do Ciclo Básico em tratamento para depressão).

A falta de percepção e sensibilidade para a segregação provocada por grupos já trouxe ao serviço demanda de solução para o que julgavam ser um problema que a instituição deveria resolver:

Não queremos ficar em grupos com alunos que vieram de cotas. Eles não vão conseguir acompanhar o nosso ritmo, vão nos atrasar. E não são merecedores como nós. Isso não é justo! (grupo de alunos do 1º período).

A competição não é de todo prejudicial, pois pode funcionar como um estímulo para o desenvolvimento[8]. Contudo, o que se presencia é uma disputa em todas as esferas da vida acadêmica: por notas, por conseguir atividades extracurriculares consideradas mais relevantes a ponto de os alunos arrancarem editais dos murais para que outros colegas não possam obter a informação para concorrerem; competição até mesmo quanto ao vestuário cotidiano, à melhor festa de formatura'' à banda musical mais cara para a referida festa; para saber quem consegue beber mais nos jogos etílicos! Da instituição é esperado um posicionamento que não fomente a disseminação de atitudes que favoreçam esse tipo de pensamento.

Ponderações

O hábito de construir os registros dos atendimentos, para fins de acompanhamento dos alunos, tem facilitado a tomada de ações proativas para minorar as dificuldades. Em

muitos casos há registro semestral das ocorrências do aluno, permitindo acompanhamento longitudinal com possibilidades de intervenção durante o percurso. Informações sobre problemas nas disciplinas e queixas de professores também geram um histórico que torna possível ao colegiado dar encaminhamentos para soluções de questões que se repetem e prejudicam a saúde do aluno, sua formação e a qualidade do curso. Contudo, essas intervenções muitas vezes demoram a surtir efeitos, mas considera-se a importância de não desistir das pessoas ou de soluções para situações injustas e indesejáveis no curso.

Com a categoria "sofrimento psíquico" percebeu-se que a família tem papel fundamental para acolhida e apoio nessa questão. Os laços familiares afetivos e de cuidado, se ausentes, estão sempre marcados na fala dos alunos como um elemento importante para a estruturação do viver. Detectam-se questões do sujeito no relacionar-se com a família que podem mascarar as queixas relativas ao não apoio familiar. Mas, de modo geral, é possível constatar o quanto a falta do diálogo e as delicadas relações intrafamiliares interferem na vida e no rendimento acadêmico.

É importante salientar que o sigilo não é o norte fundamental do trabalho da Assessoria de Escuta Acadêmica, como preconizam alguns autores[18] a respeito dos serviços de apoio aos estudantes. Muitas demandas precisam ser discutidas com o colegiado e com professores, e o aluno fica ciente disso. Sem a parceria, apoio e participação da coordenação do colegiado o serviço não se viabilizaria, pois em várias ocasiões são necessárias decisões para atender às necessidades específicas e excepcionais que somente são conhecidas após a abertura de espaço para o singular. Se o colegiado não se dispusesse a discutir a singularidade não haveria sentido na existência do serviço de escuta, pois impossibilitaria de prover decisões de excepcionalidade.

Contudo, percebe-se que ocorrem também efeitos terapêuticos, mesmo não sendo a psicoterapia o objetivo. Em muitas situações, a acolhida já é propiciadora da diminuição da ansiedade e da angústia. Os casos que ressaltam necessidade de tratamento são indicados a procurarem outros serviços da instituição destinados a esse fim.

A pesquisa, baseada na prática, mostra que ter um espaço onde seja possível falar sobre as dificuldades pessoais e sofrimentos, saber que vários outros estudantes também passam por situações similares e que há possibilidades de saídas, que há com quem contar, favorece o alívio da angústia e sofrimento causados pela obrigação de ocultar a dor, por vergonha, por não saber o que fazer. Esses dados, muito subjetivos e pouco mensuráveis, vão sendo registrados no decorrer do acompanhamento da história dos alunos, na diminuição por recorrência com demandas administrativas, na busca pelo tratamento, na aproximação da família com o cuidado, no repensar da escolha profissional em alguns casos.

Algumas demandas apresentadas são relacionadas a questões anteriores ao ingresso no curso, a dificuldades pessoais já desencadeadas. A pressão da quantidade de conteúdo

a estudar, das novas relações estabelecidas na Faculdade, o lugar socialmente ocupado de estudante de Medicina, a competição entre os colegas, a especificidade de lidar com a doença, com a morte e com a subjetividade do paciente são fatores que propiciam o agravamento de situações de adoecimento, como abstraído nas queixas dos alunos. É também no encontro com o curso que muitas dessas situações se revelam pela primeira vez, indicando ser um momento em que o jovem se depara com decisões e enfrentamentos até então desconhecidos. Vicissitudes que já poderiam existir, mas que se dão a conhecer apenas nesse momento de responsabilização com o viver. Assim, as situações de sofrimento são multifatoriais e carregam consigo a delicadeza da subjetividade de cada estudante.

Constata-se como imprescindível a criação de mais espaços e oportunidades para o diálogo de toda a comunidade acadêmica a respeito da frequência de sofrimento psíquico, do uso considerado abusivo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e das vulnerabilidades e especificidades do curso médico e dos futuros médicos. Felizmente há algumas iniciativas na instituição com esse objetivo, mas ainda é preciso avançar mais com ações proativas de cuidado, acolhida, prevenção, tratamento e encaminhamento.

Diante da prevalência de sofrimento psíquico encontrada neste estudo, ainda que ressoem pouco na realidade universitária, os serviços de apoio existentes mostram efeitos satisfatórios e demarcam a importância e necessidade dessa iniciativa, o que certamente beneficiaria também outros cursos de graduação, já que as fragilidades emocionais e psíquicas são comuns a todos os sujeitos. Contudo, a formação em Medicina parece exacerbar e evidenciar tais fragilidades diante de fatores intrínsecos ao curso que aumentam o estresse e pioram a qualidade de vida.

Referências

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
2. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:* construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011.
3. Deslandes SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MCS. (Org.). Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. e atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007; p. 31-60.
4. Ansermet F. Prólogo. In: Ansermet F. *Clínica da origem:* a criança entre a medicina e a psicanálise*.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003; p. 7-18.
5. Meireles C. Retrato. In: _____. *Obra poética.* Volume 4. Biblioteca luso-brasileira: Série brasileira. Macatuba – SP: Companhia J. Aguilar; 1958; p. 10.
6. Costa EFO *et al.* Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012 Fev [Acesso em: 24 maio 2014]; 58(1):53-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000100015&lng=en&nrm=iso>.. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000100015.

7. Baldassin S, Martins LC, Andrade AG. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. *Arquivos Médicos do ABC.* 2006; 31(1):27-31.
8. Millan LR *et al.* Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: _____. *O universo psicológico do futuro médico:* vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999; p.75-82.
9. Aquino MT. *Prevalência de transtornos mentais entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais*. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
10. Miranda, Paulo Sérgio Carneiro; Queiroz, Eduardo Antônio de. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. *Revista ABP-APAL.* 1991; v 13(4):157-60.
11. Millan LR. O suicídio entre estudantes de medicina: é possível prevenir? In: Baldassin S. (coord.). *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina.* Técnica e ética. São Paulo: Edipro; 2012; p. 111-116.
12. Saramago, J. *A segunda vida de Francisco de Assis.* Lisboa: Caminho, 1987.
13. Rossas, KLC *et al.* Caracterização das famílias de pacientes intensivos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CApS – AD) de Sobral – CE. *SANARE, Revista de Políticas Públicas*. 2005/2007 jul/dez [Acesso em 29 abr. 2014; 6(2):77-85. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br /biblioteca/imagem/2367.pdf>.
14. Azevedo RCS. Uso de drogas por universitários. *Revista Ensino Superior Unicamp.* 2013 out/dez [Acesso em 10 abr.2014]; 11:on-line. isponível em: <http://www. revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/artigos/uso-de-drogas-por-universitarios>.
15. Casseb AR. Adolescência e escolha profissional. In: Guimarães,KBS (Org.). *Saúde mental do médico e do estudante de medicina.* São Paulo, Casa do Psicólogo; 2007. [Acesso em: 29 set. 2011]; p.25-40. Disponível em: <http://books.google. com.br/books?id=-2hNLcNhRyEC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.
16. Ferreira RA *et al.* O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira.* São Paulo, jul/set 2000; 46(3):224-31.
17. Ribeiro MMF *et al.* A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma Faculdade pública Brasileira. *Rev Bras Educ Med.* 2011 Set [Acesso em: 24 Jun]; 35(3):405-11. Disponível em <http://www.scielo.br/ scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300015&lng=en&nrm=iso>. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300015.
18. Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. A psicopatologia do estudante de medicina. In: Millan LR *et al. O universo psicológico do futuro médico:* vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999; p. 83-102.

Capítulo 18

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA

Cláudia Cristina da Cunha
Luciana Kind
Luciana Diniz Silva
Lennon da Costa
Guilherme Canabrava Rodrigues Silva
Rosângela Teixeira
Eliane Dias Gontijo

Apresentação

Nas últimas décadas, a avaliação da qualidade de vida (QV) trouxe para o cenário da assistência, tanto no âmbito das práticas assistenciais quanto na produção do conhecimento e políticas públicas, aspectos da experiência dos pacientes em relação ao seu estado de saúde, consolidando-se como importante variável a ser considerada.

Os conceitos evoluem com o passar do tempo e a natureza dinâmica da noção de qualidade de vida tem sido bem documentada por pesquisadores em todo o mundo.[1] Sua compreensão, bastante ampla, incorpora e articula de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. Contudo, para que esse conceito seja útil na esfera da saúde, ele deve ser separado da mensuração do estado de saúde em si. O indivíduo deve ser o centro dessa avaliação, já que o objetivo é referir-se à experiência de vida e não às suas condições de vida. Nesse sentido, o conceito deve restringir-se à experiência subjetiva, em oposição a outras descrições objetivas. Por sua natureza abrangente e por estar estreitamente ligado àquilo que o

próprio indivíduo sente e percebe, a QV tem valor intrínseco e intuitivo e está intimamente ligado a um dos anseios do ser humano, que é o de viver bem e de sentir-se bem.

Atualmente, a QV tornou-se importante medida de resultado capaz de influenciar políticas e práticas na área da saúde.[2] Ao estudar o conceito de qualidade de vida, identificam-se duas tendências: qualidade de vida como um conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde (*Health-related quality of life* – HRQOL). No primeiro caso, qualidade de vida apresenta acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou doenças. O termo HRQOL é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, no entanto, parece implicar aspectos mais diretamente associados às doenças ou às intervenções em saúde.

Qualidade de vida relacionada à saúde e Estado Subjetivo de Saúde (*Subjective Health Status* – SHS) são conceitos interligados, centrados na avaliação subjetiva do paciente e relacionados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente. Cabe aqui ressaltar que a percepção de QV varia entre os indivíduos e é, historicamente, dinâmica. Pacientes com o mesmo quadro clínico têm diferentes expectativas, assim como a análise da qualidade de vida pode ser distinta.[3,4]

Questão relevante é o suporte social ou assistencial, que influencia sobremaneira a qualidade de vida. O processo psicológico exerce influência direta nos mecanismos biológicos, como no sistema imunológico, cardiovascular e endócrino.[5] Assim, a informação fornecida ao paciente e aos seus familiares, como também o suporte psicológico e social, induzem mudanças de comportamento, que refletem no processo psicológico dos indivíduos.

A avaliação do processo saúde-doença, particularmente no caso da hepatite C, é complexa e multifatorial. Desse modo, a preocupação com a qualidade de vida dos pacientes valoriza parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.[5] Cabe registrar que até meados da década de 1990 acreditava-se que a hepatite crônica pelo vírus da hepatite C (VHC) era oligo ou assintomática e pouco se conhecia de seu impacto sobre a qualidade de vida de pacientes cronicamente infectados. Estudo randomizado e controlado realizado em 1994 para avaliação da eficácia de tratamento com interferon (IFN)[6] demonstrou que pacientes com hepatite C crônica (HCC) percebiam-se com saúde e qualidade de vida piores, quando comparados aos controles normais.

A hepatite C é uma doença de longa duração e complexidade e apresenta diversas manifestações clínicas, podendo ser incapacitante e debilitante. Seu impacto na vida dos pacientes infectados justifica a importância de se avaliar a QV em seu aspecto relacionado à saúde, no planejamento e na organização da assistência médico-social desses pacientes.

Vivencia-se hoje o aumento da prevalência da hepatite C no Brasil e no mundo. Atingindo indivíduos em idade produtiva, a hepatite C está relacionada a problemas médico-sociais, com grande impacto socioeconômico, cultural e trabalhista. Apesar dos bons resultados alcançados com as medidas para seu controle, implementadas no Brasil, incluindo aquelas de controle transfusional, estima-se que a população de infectados no país pelo VHC seja de 3%.

Além de causar lesão hepática, a infecção crônica pelo VHC tem sido associada ao acometimento de outros órgãos ou sistema[7]. Durante a infecção crônica pelo VHC, registra-se alta prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade (28-40%),[8] fadiga (35-67%)[9] e dor musculoesquelética/artralgia (67%)[10]. Essas manifestações estão associadas à redução da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em indivíduos cronicamente infectados pelo VHC.

A hepatite C crônica associa-se a diversas manifestações extra-hepáticas. Investigações têm demonstrado que 37,0 a 76,0% dos pacientes com HCC desenvolvem pelo menos uma manifestação extra-hepática.[11] Na maioria dos casos, esses eventos são atribuídos a fenômenos de substrato imunológico, relacionados à replicação viral em diversos órgãos e tecidos, como, por exemplo, nos linfonodos periféricos.

Em relação à história natural da hepatite C, aproximadamente 80% dos indivíduos que adquirem a infecção aguda tornam-se portadores crônicos e, destes, cerca de 20% evoluem para a cirrose e suas complicações em aproximadamente 10 a 20 anos após a infecção.[12,13]

Além das manifestações clínicas, os pacientes sofrem com problemas de ordem social, familiar e psicológica. Entre eles se destaca o conviver com a "incerteza da doença", ter que lidar com mais preconceito e estigma que culminam com altas taxas de desemprego e baixa renda.[14-18]

A infecção pelo VHC é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que 130 a 170 milhões de pessoas sejam portadores crônicos do VHC e que 350 mil morram, anualmente, em decorrência de doença hepática associada ao vírus.[19] Endêmica em todo o mundo, a prevalência da hepatite C não é homogênea, com consideráveis diferenças regionais.

No Brasil, o Ministério da Saúde apurou, em 2012, maior prevalência na região Norte (2,1%), seguida pelas regiões Centro-Oeste e Sudeste (ambas com 1,3%), Sul (1,2%) e Nordeste (0,7%). A prevalência na população geral foi de 1,38% (10 a 69 anos) nas capitais e no DF.[20]

Trata-se, portanto, de uma doença que exige intervenções diversificadas, incluindo ações de promoção da saúde.[21] De fato, a boa saúde é um recurso para a boa qualidade de vida, mas elas não podem ser consideradas sinônimas.[22,23] Frente a esse desafio,

as metodologias qualitativas e quantitativas têm sido aliadas importantes para medir o que *Fallowfield* [24] definiu como "a medida que faltava na área da saúde".

A pesquisa que fundamenta este trabalho é de cunho quantiqualitativo, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida em um grupo de pacientes portadores de HCC. As estratégias de coleta de dados envolveram o instrumento para avaliação de qualidade de vida *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), na etapa quantitativa, e na etapa qualitativa a análise de uma prática de grupo na qual se buscou, ao mesmo tempo, valorizar as acepções do paciente sobre sua doença e sua qualidade de vida. A principal estratégia de coleta de dados, na etapa qualitativa, foi a observação participante que, de acordo com Flick,[25] é a forma mais comumente utilizada na pesquisa qualitativa.

A população do estudo foi constituída por 124 pacientes com hepatite C crônica, que foram consecutivamente submetidos à avaliação clínica e psiquiátrica no Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Ambulatório de Hepatites Virais do IAG\HC\UFMG). Durante o atendimento ambulatorial os pacientes foram convidados a participar do grupo, aberto a pacientes e familiares de pacientes com hepatites virais.

Segundo Favoreto, Cao & Cabral CC[32], o diálogo que ocorre no grupo possibilita a formação de uma rede de solidariedade e apoio que favorece a transformação de experiências pessoais em reflexões coletivas. As novas explicações sobre o adoecer – que emergem dessa relação em que os sujeitos crescem no respeito à diferença, no respeito pelo que o outro é e expressa – permitem que as pessoas pensem juntas e compartilhem as informações que surgem dessa interação, sem procurar analisá-los ou julgá-los de imediato, aumentando o papel de protagonista frente à doença e às estratégias terapêuticas.

Assim, o uso do grupo como estratégia de intervenção rompe com a lógica do modelo no qual o profissional é entendido como o *expert*, possibilitando aos integrantes assumirem papel ativo no processo terapêutico, como agentes da própria mudança.[33]

O Grupo Operativo do Ambulatório de Hepatites Virais do IAG\HC\UFMG teve seu início em 2010. Os encontros do grupo aconteceram uma vez por mês, em sala apropriada, com duração de uma hora e trinta minutos. A equipe tem composição interdisciplinar, os temas são trabalhados, por vezes, com uma exposição dos profissionais, que buscam apresentar conhecimentos técnicos especializados em uma linguagem acessível para os presentes.

Geralmente, a primeira parte das discussões é dedicada a algum tema. Em um segundo momento os pacientes são convidados a compartilhar experiências, sejam elas positivas ou negativas.

Dessa forma, o grupo operativo do Ambulatório de Hepatites Virais do IAG\HC\UFMG foi convidado a participar desta pesquisa. Após o aceite, foram realizados encontros que

foram gravados e transcritos. O material transcrito foi submetido à análise temática de conteúdo[34], sendo codificado e categorizado de modo a permitir a construção de um diálogo com os apontamentos teóricos e de revisão de literatura que orientaram a pesquisa. Após leituras sucessivas do material transcrito, chegou-se às seguintes categorias temáticas: transtorno bipolar maior; estigma; impacto do diagnóstico; necessidade de informação/conhecimento da doença; e espiritualidade/religiosidade no enfrentamento da doença. Cabe registrar que os nomes dos pacientes aqui citados são fictícios.

Resultados e Discussão

A infecção pelo VHC por si só tem impacto negativo na QVRS[26]. Indivíduos com HCC vivem a incerteza da evolução dessa doença crônica, situação que pode determinar grande estresse psicológico[26]. Ao receber o diagnóstico da hepatite C, esses pacientes são confrontados com diversos desafios: ajustamento à comorbidade crônica, enfrentamento do estigma e dificuldades no relacionamento social/familiar[27]. Com base nesses aspectos, concluiu-se que a qualidade de vida de pacientes com HCC é influenciada pela complexidade de múltiplos fatores.

Transtorno depressivo maior (TDM) é o que mais influencia na redução da QVRS

Considerando o grupo de pacientes com HCC que participou do estudo quantitativo, observou-se que transtornos psiquiátricos, particularmente o TDM e comorbidades clínicas, associaram-se, mais do que a gravidade da doença hepática em si, à maior redução da QVRS. Esses resultados estão em consonância com outros estudos que demonstraram que o impacto da depressão na QVRS era comparável às condições físicas, tais como artrite, diabetes e hipertensão, e que o efeito combinado de depressão e doença crônica amplificava a redução na QVRS.[28-30]

Além de depressão, a infecção pelo HCV se associa a outras comorbidades psiquiátricas que podem, por si sós, contribuir para a queda da QVR[30]. Entre elas, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e problemas relacionados ao álcool devem ser destacados.[31]

Nesse sentido, a atenção ao paciente não deve estar centrada apenas na abordagem biológica da doença, devendo levar em consideração a sua percepção sobre a sua saúde e sobre os aspectos físicos, psicológicos e socioculturais que pertencem à própria experiência de adoecimento e, num plano mais amplo, ao seu viver. Torna-se essencial estimular a integralidade do cuidado prestado pela rede de serviços com reorientação da abordagem no sentido de reduzir sua vulnerabilidade psicossocial e minimizar seu sofrimento.

Estigma

Indivíduos infectados pelo VHC relataram percepção direta ou indireta de estigma, o que pode afetar negativamente a saúde[35]. Significativo número de pessoas relatou diminuição da autoestima com o diagnóstico inicial de hepatite C, possivelmente pelo fato de a infecção pelo VHC ter relação com o comportamento "errado" ou "imoral" e as pessoas com a doença internalizarem essa percepção social.[36]

Experiências estigmatizantes foram atribuídas inicialmente a discussões referentes à causa de transmissão da doença que se relacionava ao uso de drogas ilícitas. O estigma cria barreiras para o acesso aos serviços de saúde e para o suporte social necessário ao autocuidado e ao gerenciamento de doenças. Consequentemente, algumas pessoas infectadas pelo VHC tendem a aceitar a opinião negativa dos outros.

O estigma pode ser experimentado pelos pacientes como um problema maior do que o risco de desenvolver cirrose ou câncer no fígado, pois culmina com a discriminação e a segregação no seu circulo familiar, social ou de trabalho. Causas dessa discriminação podem estar na falta de informação ou na divulgação de informações erradas e/ou incompletas em relação a quem pode estar infectado e os motivos pelos quais um indivíduo pode ter sido infectado.

[…] Quanto a preconceito, eu acho que nós passamos… eu vi muita gente torcer o nariz pra gente […] (Ivone, paciente).

A extensão e gravidade do estigma requerem intervenções para sua redução ou eliminação, pelas mudanças nos âmbitos individual, estrutural e sistêmico.[37] O direcionamento de estigma em relação à hepatite C ocorre em uma variedade de lugares, incluindo agências governamentais, setor privado, família, colegas de trabalho e centros de cuidado à saúde.[35,38-40] O estigma associado à hepatite C crônica tem emergido recentemente como foco de pesquisas.

Impacto do diagnóstico

Essa categoria de análise permite colocar em discussão como a notícia da doença é recebida pelos indivíduos. No relato dos pacientes, o diagnóstico da hepatite C afeta mais a qualidade de vida do que a própria doença.

Porque quando recebi esse diagnóstico. eu… foi que nem levar uma paulada na cabeça (Ivone, paciente).

Os indivíduos que são informados da sua infecção pela hepatite C passam a ter uma percepção subjetiva da sua saúde física e mental bastante diminuída, o que os leva à limitação das suas atividades diárias e a problemas emocionais.

A gente às vezes quando descobre a doença a gente sente inútil, né? […] (Carmen, paciente).

O momento do diagnóstico é permeado por vários sentimentos e emoções que se misturam: medo, revolta, angústia, decepção, incerteza. A comunicação do diagnóstico pode ser recebida pelo paciente como algo de difícil assimilação. Inicia-se uma experiência subjetiva em que todas as questões que permeiam a vida e a sua finitude costumam ser trazidas à tona. O que parece um simples diagnóstico pode abalar fortemente a qualidade de vida do paciente[41,42]. A doença crônica força no indivíduo um processo subjetivo de convivência com a doença, pois, como já dito, é uma doença que acompanha o paciente por longo tempo.

Necessidade de informação / conhecimento da doença

Estamos nos escondendo demais [...] Acredito que o governo deveria tomar conhecimento e divulgar como foi feito com a AIDS. Muita gente vai morrer sem saber que tem tratamento (Ivone, paciente, em entrevista uma rede de televisão).

A falta de informação e de conhecimento sobre a doença leva à discriminação e ao afastamento das pessoas. Ou seja, da falta de informação nasce o preconceito[43].
A desinformação é percebida até mesmo nos serviços de saúde. Uma paciente relatou que teve dificuldade de ser atendida por um dentista quando revelou ser portadora do vírus da hepatite C. A experiência na assistência em hospital também mostra essa falta de conhecimento no meio médico. São frequentes os pedidos de exames e procedimentos, em que consta observação em letras garrafais "VÍRUS C", estigmatizando completamente o paciente e criando preconceito no atendimento. Estamos caminhando para que a população acredite que todos os infectados com hepatite C utilizaram drogas ilícitas e que, durante sua vida, se infectaram com múltiplas doenças sexualmente transmissíveis ou realizaram tatuagens despreocupadamente[44].

O grupo permite aos pacientes a identificação de um coletivo "a gente", que porta o vírus da hepatite C – e de sua diferenciação com "o outro", a quem faltariam informações mais precisas e compreensão sobre a doença. Conviver com o vírus e participar de um coletivo marcam as experiências bioidenditárias dos sujeitos, que passam a "entender" melhor aquilo que vivenciam. A fala de Áurea é emblemática dessa diferenciação "eu-outros iguais a mim" (a gente) e "o outro-desconhecer da hepatite C".

No entanto, eu acho primordial é o outro, que não tem o pouco esclarecimento que a gente tem, ter esse preconceito. Então eu acho que a gente tem que falar mesmo, para mostrar que não… que não existe isso (Áurea, paciente).

Pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha em 2011 e divulgada durante o Congresso Brasileiro de Hepatologia, em Salvador, investigou qual a percepção da doença em 11 cidades brasileiras – Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Manaus, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Campinas. Foram ouvidas 1.137 pessoas com mais de 18 anos, pertencentes a

todas as classes sociais. Os resultados revelaram que 51% dos brasileiros não sabem dizer espontaneamente o que é hepatite C. O estudo mostrou ainda que 86% dos entrevistados concordam que a maioria das pessoas desconhece a doença e seus efeitos.[45]

Urge, portanto, que se criem programas de divulgação da hepatite C, a fim de minimizar as dificuldades encontradas pelos pacientes, acabar com o estigma e estimular a prevenção. Como acontece em todo grupo, as pessoas assumem papéis de acordo com suas características pessoais. A paciente Ivone (nome fictício) se destaca como participante do grupo, a ponto de ser porta-voz importante em comunicações externas à experiência que ora se relata.

Religiosidade / espiritualidade

Eu acho que minha fé faz toda a diferença. Prefiro pensar que Deus sabe o que faz e que faz sempre o que é melhor pra mim (mesmo que eu não entenda muito bem na hora). Acredito nisso do fundo do meu coração (Sílvia, paciente).

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Em circunstâncias extremas, como no caso de doença grave e incapacitante, muitas pessoas tendem a se apoiar em crenças e práticas religiosas e espirituais, buscando aliviar o estresse e manter um senso de controle e de esperança no enfrentamento da situação.[46]

A espiritualidade tem foco voltado para as crenças e a relação com um poder maior, questões sobre o propósito e o significado da vida, incluindo ou não crenças e práticas de uma doutrina religiosa.[47]

Deus nos usa a todo o momento, a gente tem que estar preparado para ouvir essas coisas […] então a gente quando descobre que tá doente e fica… tô doente, tô doente… Deus vai usar a gente prá alguma coisa (Carmen, paciente).

As narrativas trazidas por esse grupo abordam a ideia da força emanante dessas experiências subjetivas relativas à religiosidade, no sentido de apresentarem temáticas que percorrem da explicação do adoecimento à esperança, ao conforto e à perseverança, os quais se mostram como auxiliares no enfrentamento das dúvidas e dos sofrimentos causados pelo adoecimento.

Considerações Finais

Avaliar a qualidade de vida é uma tarefa difícil, uma vez que este é um conceito que varia de acordo com as prioridades de vida de cada sujeito. Entretanto não se pode negar que as marcas deixadas pela infecção pelo HCV repercutem nos aspectos sociais, emocionais, profissionais de todos, em maior ou menor escala. Talvez a maior questão seja: “por que todo esse interesse repentino na qualidade de vida relacionada à hepa-

tite C? A resposta simples é a de que a qualidade de vida mudou-se para a frente de preocupação com o paciente. Além da eficácia do tratamento, a maioria dos pacientes se preocupa com sua qualidade de vida. Ninguém quer se sentir miserável e infeliz. Exemplos de considerações sobre qualidade de vida incluem a capacidade de manter o emprego, a capacidade de manter relações pessoais com amigos, cônjuges e filhos, a capacidade de continuar a sentir-se ativo e a capacidade de apreciar situações ou eventos que anteriormente davam prazer.

Os efeitos do vírus da hepatite C na qualidade de vida estão surgindo como parâmetros importantes na avaliação dos pacientes. Os médicos têm a percepção de que pacientes com hepatite C são em grande parte assintomáticos e que a doença raramente tem impacto na vida dos pacientes. No entanto, estudos envolvendo grande número de doentes mostram que a hepatite C influencia negativamente na qualidade de vida dos pacientes.

O grande número de questionários sobre qualidade de vida relacionada à saúde e específico para pacientes com hepatite C expressa o fato de que não existe um padrão-ouro e que é impossível um questionário abranger todos os domínios sem comprometer seu conteúdo ou estrutura. Porém, ainda assim, a necessidade de se avaliar a qualidade de vida nos dias atuais se mostra cada vez mais imprescindível, influenciando na indicação de melhores alternativas de tratamento para cada paciente.

Pacientes que participam de grupos de apoio podem vir a ter significativa melhora na qualidade de vida e comunicação, mais chances ou probabilidades de recuperar a sua autoestima, superar dificuldades no dia a dia e dispor de apoio emocional em situação de depressão e ansiedade relacionadas à doença.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde, ao propor uma natureza multifatorial da qualidade de vida, refere-se a esse conceito a partir de cinco dimensões: a) saúde física; b) saúde psicológica; c) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral); d) relações sociais; e) meio ambiente. Trata-se de uma visão global, que considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo. Assim, a qualidade de vida não pode ser tomada como um conceito geral, mas entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos.

A complexidade de se quantificar os fatores subjetivos não pode, portanto, excluí-los das considerações acerca da qualidade de vida. Mesmo que critérios materiais específicos da experiência cotidiana sejam usados como indicadores, a dimensão subjetiva deve ser observada a fim de que se tenha percepção integral desse conceito. Dessa forma, considera-se a qualidade de vida como uma condição complexa e multifatorial sobre a qual é possível desenvolver algumas formas de medidas objetivas, a partir de uma série de indicadores, porém a vivência que o sujeito – ou grupo social – pode ter de si mesmo tem importante peso específico.

Tendo em vista que o processo de elevação da qualidade de vida é resultado de uma disponibilidade pessoal e subjetiva de cada indivíduo na apropriação de benefícios externos, a implicação do sujeito é um fator essencial. O princípio da participação popular previsto pelas políticas de promoção da saúde e da qualidade de vida objetiva implicar cada sujeito e a comunidade em geral com seu próprio processo de desenvolvimento e fortalecer os vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre comunidade e equipes de saúde. A busca de melhor qualidade de vida suscita a participação efetiva e concreta da população, assegurada pelo diálogo, troca permanente de ideias, conhecimentos e informações.

Além disso, viver com qualidade é uma condição que satisfaz as exigências e demandas que determinada situação causa nos indivíduos dentro de um dado contexto particular. Acredita-se que apenas quando se consideram os interesses e as necessidades da população será possível a construção de um sistema de saúde pública que trabalhe efetivamente para a elevação da qualidade de vida da comunidade.

Referências

1. GROUP W. The World Healh Organization Quality of Life assesssment position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. 1995 Nov; 41(10):1403-1409.
2. BARBARINI ÉH. Aspectos conceituais e metodológicos das medidas de qualidade de vida para crianças. Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC. 21 e 22 de outubro, Campinas; 2008.
3. Teixeira MB. Life quality of family caregivers of the schizophrenic patient. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2):171-5.
4. Slavenburg S, van Oijen MG, Spiegel BM. Comparison of health-related quality of life between populations. Liver Int. 2008; 28(2):285-6.
5. Fleck MPA. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
6. Davis GL, Lau JY, Lim HL. Therapy for chronic hepatitis C. Gastroenterol Clin North Am. 1994; 23(3):603-13.
7. Jacobson IM, Cacoub P, Dal Maso L, Harrison SA, Younossi ZM. Manifestations of chronic hepatitis C virus infection beyond the liver. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010; 8(12):1017-29.
8. Fontana RJ, Hussain KB, Schwartz SM, Moyer CA, Su GL, Lok AS. Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy. J Hepatol. 2002; 36(3):401-7.
9. Poynard T, Cacoub P, Ratziu V, Myers RP, Dezailles MH, Mercadier A et al. Fatigue in patients with chronic hepatitis C. J Viral Hepat. 2002; 9(4):295-303.
10. Banks SE, Riley TR, Naides SJ. Musculoskeletal complaints and serum autoantibodies associated with chronic hepatitis C and nonalcoholic fatty liver disease. Dig Dis Sci. 2007; 52(5):1177-82.
11. Cacoub P, Renou C, Rosenthal E, Cohen P, Loury I, Loustaud-Ratti V et al. Extrahepatic manifestations associated with hepatitis C virus infection. A prospective multicenter study of 321 patients. The GERMIVIC. Groupe d'Etude et de Recherche en Medecine Interne et Maladies Infectieuses sur le Virus de l'Hepatite C. Medicine (Baltimore). 2000; 79(1):47-56.
12. Powell EE, Edwards-Smith CJ, Hay JL, Clouston AD, Crawford DH, Shorthouse C et al. Host genetic factors influence disease progression in chronic hepatitis C. Hepatology. 2000; 31(4):828-33.

13. Teixeira R, Marcos LA, Friedman SL. Immunopathogenesis of hepatitis C virus infection and hepatic fibrosis: New insights into antifibrotic therapy in chronic hepatitis C. Hepatol Res. 2007; 37(8):579-95.
14. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Malarkey WB, Mercado AM, Glaser R. Slowing of wound healing by psychological stress. Lancet. 1995; 346(8984):1194-6.
15. Uchino BN, Cacioppo JT, KiecoltGlaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. Psychological Bulletin. 1996; 119(3):488-531.
16. Willenbring ML. Integrating care for patients with infectious, psychiatric, and substance use disorders: concepts and approaches. AIDS. 2005; 19 Suppl 3:S227-37.
17. Strauss E, Dias Teixeira MC. Quality of life in hepatitis C. Liver Int. 2006; 26(7):755-65.
18. Bailey DE, Landerman L, Barroso J, Bixby P, Mishel MH, Muir AJ et al. Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C. Psychosomatics. 2009; 50(2):138-46.
19. Hepatitis C. Fact sheet [Internet]. 2012 [Acesso em: 23/05/2013]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico; Hepatites Virais 2012. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da saúde. Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Health Promotion: Declaration of Alma-Ata, Ottawa Charter, Adelaide Recommendation, Sundsvall Statement, Declaration of Santa Fé de Bogotá, The Jakarta Declaration, Mega Country Network and Mexico Statement. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
22. OLIVEIRA BG. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença de Chagas e em portadores de marca-passo. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
23. OLIVEIRA MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2010.
24. Fallowfield L. Quality of life: the missing measure in health care. New York: Souvenir Press; 1990.
25. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Saraiva; 2009.
26. Foster GR, Goldin RD, Thomas HC. Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. Hepatology. 1998; 27(1):209-12.
27. Younossi Z, Kallman J, Kincaid J. The effects of HCV infection and management on health-related quality of life. Hepatology. 2007;45(3):806-16.
28. Foster GR. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. J Viral Hepat. 2009;16(9):605-11.
29. Wilson MP, Castillo EM, Batey AM, Sapyta J, Aronson S. Hepatitis C and depressive symptoms: psychological and social factors matter more than liver injury. Int J Psychiatry Med. 2010; 40(2):199-215.
30. Rowan PJ, Al-Jurdi R, Tavakoli-Tabasi S, Kunik ME, Satrom SL, El-Serag HB. Physical and psychosocial contributors to quality of life in veterans with hepatitis C not on antiviral therapy. J Clin Gastroenterol. 2005; 39(8):731-6.
31. Dwight MM, Kowdley KV, Russo JE, Ciechanowski PS, Larson AM, Katon WJ. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. J Psychosom Res. 2000;49(5):311-7.
32. FavoretoCAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Interface. 2009 jan/mar; 13(28):7-18.

33. Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo e consideracões sobre o paciente como agente da própria mudanca. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2002 June [Acesso em: 16 Nov 2016]; 10(3):383-91.Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300012&lng=en.
34. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
35. BUTT G. Living with the stigma of hepatitis C. Western J Nursing Res. 2008; 30:204-21.
36. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Soc Sci Med. 2003; 56(2):299-312.
37. Garrido PB, Paiva V, Nascimento VLVd, Sousa JB, Santos NJS. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2007; 41(supl.2):72-9.
38. Bailey DEJ. Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C. Psychosomatics. 2009 Mar-Apr; 50(2):138-46.
39. LINK BG. Stigma and its public health implications. Lancet. 2006 Feb; 367(9509):528-9.
40. Weiss MG, Ramakrishna J. Stigma interventions and research for international health. Lancet. 2006 Feb; 367(9509):536-8.
41. Sutton R, Treloar C. Chronic illness experiences, clinical markers and living with hepatitis C. J Health Psychol. 2007;12(2):330-40.
42. Wei L, Guo F. Health-related quality of life of chronic hepatitis C patients. Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi. 2006;14(1):53.
43. Butt G, Paterson BL, McGuinness LK. Living with the stigma of hepatitis C. West J Nurs Res. 2008; 30(2):204-21.
44. Zacks S, Beavers K, Theodore D, Dougherty K, Batey B, Shumaker J et al. Social stigmatization and hepatitis C virus infection. J Clin Gastroenterol. 2006;40(3):220-4.
45. Cuminale N. Segundo pesquisa nacional, brasileiro desconhece a hepatite C. Veja [Internet]. 2011 22/04/2013. Disponível em: http://veja.abril.com.br/noticia /saude/segundo-pesquisa-nacional-brasileiro-desconhece-a-hepatite-c.
46. Peres MFP, Arantes ACdLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiquiatr Clín. [Internet]. 2007 [Acesso em: 16 Nov 2016]; 34(Suppl 1): 82-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci _arttext&pid =S0101-60832007000700011&lng=en.
47. Silva MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VLCG. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2):1187-92.

Capítulo 19

PERFIL CLÍNICO E FUNCIONAL DE IDOSOS FRÁGEIS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DO CUIDADO

Dorotéia Fernandes da Silva
Marta Aparecida Goulart
Edgar Nunes de Moraes
Horácio Pereira de Faria
Elizabeth Costa Dias

Apresentação

O Brasil, considerado um país jovem, vem rapidamente se transformando em um país de adultos e idosos. A população idosa brasileira passou de 4,8% da população total, em 1980, para 10,8% em 2010, ou seja, mais que dobrou em três décadas. Estima-se que até 2025 o Brasil será o sexto país em população de idosos no mundo. O índice de envelhecimento, que era de 15,9% em 1980, passou a 44,8% em 2010. Esse acelerado processo de envelhecimento populacional decorre, entre outros fatores, da melhoria das condições de vida; do aumento da esperança de vida ao nascer; da queda da fecundidade, da natalidade e da mortalidade; e da melhoria dos serviços de saúde, observadas na transição demográfica e epidemiológica.[1,2]

Nesse cenário, a fragilidade e a dependência são desafios a serem enfrentados pelos responsáveis pela atenção à pessoa idosa. Entretanto, ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e suas particularidades.[3] A maior vulnerabilidade desse grupo populacional faz com que seu crescimento seja acompanhado pelo aumento da carga de doenças não transmissíveis crônico-degenerativas e por incapacidades.

Além disso, esses idosos demandam com mais frequência a ajuda de terceiros para o desempenho das atividades do dia a dia.[4,5]

Essas mudanças acarretaram novas demandas de atenção à saúde, em especial de ações preventivas, promoção e recuperação da saúde, bem como aumento dos gastos com o cuidado da saúde. Esse processo inclui a prevenção das doenças, da fragilidade e da dependência que devem ser contempladas no cuidado oferecido pelos profissionais e familiares.[6,7]

Como dificuldades nos serviços de saúde, destacam-se o relativo despreparo dos profissionais em lidar com os impactos do envelhecimento, a inadequação e a insuficiência das políticas públicas de proteção social.[2,8,9]

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso enfatizam a atenção à saúde da pessoa idosa e também o respeito à individualidade, à autonomia e à independência e o fortalecimento dos laços familiares. Esses fatores visam tornar seguro o envelhecimento ativo e saudável e prevenir o asilamento, em busca de melhoria da qualidade de vida e efetiva participação social do idoso.[8,10,11]

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado das doenças crônicas são importantes, pois quando não controladas elas podem levar à incapacidade funcional, prejudicar ou mesmo impedir o convívio social, acarretando perdas para o idoso, sua família e a sociedade.[12,13]

A capacidade funcional, considerada novo paradigma de saúde, é definida como a condição de gerir a própria vida e de cuidar de si mesmo. O declínio funcional não pode ser atribuído ao envelhecimento normal, mas à incapacidade funcional. Por sua vez, a incapacidade funcional se apresenta de forma isolada ou associada (poli-incapacidades) e representa o principal determinante de desfechos negativos, podendo ocorrer desenvolvimento de outras incapacidades e aumentar o risco de institucionalização, hospitalização e morte.[12,13]

Na avaliação de saúde do idoso, outro aspecto importante a ser considerado é a fragilidade. Esse termo é utilizado para nomear mais vulnerabilidade. A operacionalização desse conceito é um desafio atual. Fried *et al*. definiram fragilidade (*frailty*) como sendo uma síndrome geriátrica, de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e pela resistência reduzida aos estressores, condições estas que resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. O reconhecimento da fragilidade permite o estabelecimento de intervenções capazes de maximizar a independência e autonomia do indivíduo e impedir ou retardar o surgimento de desfechos adversos.[14,15,16]

As principais síndromes associadas ao envelhecimento levam à perda da independência e/ou autonomia e são conhecidas como as “grandes síndromes geriátricas”, “gigantes da Geriatria”, os “Is”. Essas incluem: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfincteriana, imobilidade e incapacidade comunicativa.[14] Al-

guns estudos sugerem acrescentar a insuficiência familiar, ou seja, a impossibilidade da família em cuidar do idoso frágil.[14,17]

No município de Belo Horizonte (BH), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde ao idoso frágil, desde 2010, está organizada por meio do Programa Mais Vida (PMV) desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH) em parceria com o Instituto Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (IJAF-HC/UFMG).[18]

De acordo com os fluxos estabelecidos, o idoso frágil é encaminhado pela equipe de Atenção Primária (AP) ao Centro Mais Vida (CMV) quando preenche os seguintes critérios: ter80 anos ou mais; ter 60 anos e apresentar, no mínimo, uma das seguintes características: polipatologia, polifarmácia, imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, história de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar, dependência nas atividades básicas de vida diária e insuficiência familiar.[8,18]

No CMV, ponto de atenção secundária da rede de atenção à saúde do idoso, é realizada avaliação multidimensional para o diagnóstico de suas condições de saúde e elaborado um plano de cuidados (PC). A seguir, o usuário é contrarreferenciado, com apoio matricial, para a equipe de origem responsável na AP.[19]

O presente estudo foi realizado com o objetivo de traçar o perfil clínico e funcional dos idosos atendidos no CMV do IJAF – HC/UFMG, em 2011, visando contribuir para o aprimoramento dos procedimentos de cuidado e racionalização de custos.

Trata-se de estudo descritivo transversal realizado a partir de dados secundários registrados nos planos de cuidado (PC) dos idosos atendidos no CMV-HC/UFMG em 2011. Considerando erro amostral de 3%, foram selecionados, aleatoriamente, 894 idosos constantes da relação nominal de 4.574 pacientes agendados no Sistema de Regulação (SISREG) para primeira consulta no CMV. Para a seleção, fez-se sorteio utilizando números aleatórios por meio da função “aleatório” do programa *Microsoft Excel*, versão 2007. Quando não se localizava o PC, buscava-se pelo número anterior. Foi preparada planilha com os nomes que comporiam a população a ser estudada, excluídos os nomes dos idosos cujas consultas não foram realizadas. A relação obtida foi organizada por ordem alfabética e estratificada segundo os nove distritos sanitários (DS) do município.[20] As remarcações de consulta não foram consideradas, uma vez que não foi realizada a análise dos prontuários.

O critério de inclusão foi ser idoso com 60 anos ou mais. Foram excluídos 13 PCs por falta de dados, sendo a amostra final constituída de 881 idosos. As variáveis estudadas foram idade, sexo, escolaridade, cognição, humor, postura, continência urinária e fecal, visão, audição, fragilidade, atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades

instrumentais de vida diária (AIVD), condições de saúde, número de medicamentos utilizados, encaminhamentos realizados para o Serviço de Geriatria de Referência (GR) e especialidades médicas.

A extração dos dados de cada PC foi realizada utilizando-se um instrumento preparado para este fim. Os dados foram organizados em um banco de dados usando Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância estatística das diferenças entre as frequências (valor de "p").[21]

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Plataforma Brasil, CAAE – 09099612.3.0000.5149 e CAAE – 12295413.0.0000.5149, e pela Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HC/UFMG, Processo nº 73/12.

Resultados e Discussão

A idade da população atendida no CMV no período do estudo variou de 60 a 107 anos, com média de 77 anos. Foi verificado que dos 881 idosos estudados, 166 (18,8%) estavam na faixa etária de 60 a 69 anos e que os demais se distribuíram, quase na mesma proporção, entre as faixas 70 e 79 e 80 anos e mais, sendo de 357 (40,5%) e 358 (40,6%), respectivamente. A aproximação dos resultados dessas duas faixas etárias pode ser atribuída à peculiaridade da amostra. Estudos sobre o envelhecimento populacional revelam que na própria população idosa a que mais cresce é a mais idosa, isso é, aquela com 80 anos e mais, que hoje representa 14% da população idosa brasileira.[22]

O fenômeno demográfico: feminização da velhice

Dos 881 idosos atendidos no período assinalado, 229 (26,0%) eram homens e 647 (73,4%) mulheres. Observou-se o predomínio de mulheres em todas as faixas etárias com o seguinte resultado: 71,5% para a faixa de 60 a 69 anos, 77,7% para a de 70 a 79 anos e 71,1% para 80 anos e mais. Houve mais concentração de mulheres na faixa de 70 a 79 anos (276). Não foi encontrada associação significativa entre sexo e faixa etária (Tabela 19.1).

Os dados encontrados estão de acordo com o fenômeno demográfico conhecido como feminização da velhice. As mulheres representam 55,5% do total da população idosa e 61% da população de 80 anos e mais.[22]As mulheres vivem mais do que os homens, demandam mais o sistema de saúde e vivem mais anos com incapacidades do que eles.[23]

O crescimento da população idosa não é homogêneo. O segmento que mais cresceu de 1991 a 2000 foi o de 75 anos ou mais, levando ao envelhecimento da própria população idosa.[24] As desigualdades nas condições de saúde entre homens e mulheres torna importante o fator sexo quando da realização de estudos. No que diz respeito

à capacidade funcional, existem grandes diferenças culturais entre os sexos. Como exemplo pode-se citar o consumo de álcool e de fumo pelos homens e a realização de trabalhos domésticos pesados pelas mulheres.[25]

Escolaridade: destaque para o ensino fundamental

Sobre a escolaridade, verificou-se que 559 (63,4%) idosos tinham ensino fundamental, predominando na faixa etária de 70 a 79 anos. Além disso, apurou-se expressivo número de analfabetos (26,9%), que se concentrou mais na faixa etária de 80 anos e mais. Apenas 44 (5,0%) declararam ter ensino médio completo ou superior. Verificou-se associação significativa entre escolaridade e faixa etária. (Tabela 19.1).

O encontro de baixa escolaridade entre os idosos estudados segue o padrão descrito na literatura brasileira. Esse fenômeno geralmente está associado a baixa qualidade de vida e menos acesso à informação. Em estudo realizado e utilizando a escolaridade como indicador de situação socioeconômica mostrou-se que idosos ou adultos com menos escolaridade apresentam piores condições de vida.[26]

Os muito idosos são portadores de polipatologias e usuários de polifarmácia

Observou-se que 55,3% dos idosos eram portadores de cinco doenças ou mais. A faixa etária acima de 80 anos apresentou maior número de portadores, com 222 idosos. O número de doenças por faixa etária apresentou $p<0,005$, indicando associação entre essas variáveis para os idosos do estudo (Tabela 19.1).

O número de medicamentos prescritos ficou entre um e 12, com média de 6,5. Esta informação não foi registrada em 159 PCs (18,0%). O uso de cinco ou mais medicamentos foi mais observado na faixa etária de 70 a 79 anos. Houve diferença significativa entre o uso de cinco ou mais medicamentos e a faixa etária ($p<0,005$) (Tabela 19.1).

O predomínio absoluto nos idosos de condições crônicas de saúde pode afetar sua funcionalidade. Na maioria das vezes, a descompensação da condição crônica a torna aguda, o que justifica mais procura e utilização dos serviços de saúde bem como o consumo elevado de medicamento. O uso inapropriado de medicamentos pelos idosos é frequente, podendo levar a consequências clínicas e econômicas. [12,24]

Em 2009, detectou-se que em idosos dependentes os problemas de saúde estavam presentes em 93,16%, sendo que 84,60% apresentaram até duas doenças. As enfermidades mais frequentes eram a hipertensão arterial (23,10%), acidente vascular encefálico (11,10%) e artrose em joelhos (6,80%). A maioria dos idosos (78,60%) fazia uso de medicamentos controlados, mas o medicamento mais utilizado era algum anti-hipertensivo (47,80%). Além disso, 81,20% faziam uso de até dois medicamentos diários.[27]

Tabela 19.1. Sexo, escolaridade, número de doenças e de medicamentos utilizados por faixa etária dos idosos do Centro mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011

		Faixa etária			Total	%	P
		60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais			
Sexo	Masculino	47	79	103	229	26,0	0,10
	Feminino	118	276	253	647	73,4	
Escolaridade	Analfabeto	43	85	109	237	26,9	<0,005
	Ens. fundamental	101	238	220	559	63,4	
	Ens. médio ou superior	18	19	7	44	5,0	
Nº de doenças	Até quatro	103	155	136	394	44,7	<0,005
	Cinco e mais	63	202	222	487	55,3	
Nº de medicamentos	Até quatro	72	130	175	377	42,8	<0,005
	Cinco e mais	66	162	117	345	39,2	

Fonte: dados da pesquisa.

Comprometimento funcional global

Em relação ao comprometimento da funcionalidade global, as alterações mais frequentes envolveram a visão (72,6%), postura (53,9%) e cognição (52,1%). Pouco mais da metade dos idosos apresentou comprometimento da continência urinária (50,4%), enquanto 13,8% tinham comprometimento da continência fecal (Tabela 19.2).

Tem sido relatado que a acuidade visual diminuída é um dos fatores que contribuem para a alta incidência de fratura do terço proximal de fêmur.[28] A visão ruim foi registrada em 45% dos idosos em um estudo, o que teria interferido na locomoção e no desempenho das atividades corriqueiras.[29]

A relação entre queda da acuidade visual e incapacidade funcional entre idosos influencia a qualidade de vida, por interferir nas atividades de vida diárias e estar associada a dificuldades autorrelatadas como a baixa socialização.[30]

Segundo Moraes,[12] a postura é um dos fatores que influenciam a capacidade de deslocamento. A instabilidade postural é frequente nos idosos, podendo causar quedas, que podem ocorrer em 30% dos idosos, com consequente imobilidade. As quedas têm altas taxas de recorrência e constituem a sexta causa *mortis* de idosos.

A instabilidade postural foi frequente na população estudada. Este é um fator que aumenta o risco de quedas, que são causas importantes de morbimortalidade em idosos. Aproximadamente metade das quedas leva a algum tipo de lesão[31]. Estudos revelam que acidentes relacionados a quedas correspondem a 40% dos eventos que levam o idoso à institucionalização.[32]

A demência e a depressão também estão relacionadas à dependência funcional. A demência é uma das maiores causas de morbidade entre idosos e teve prevalência de 2 a 25% dos pacientes com 65 anos ou mais, conforme apresentado em um estudo.[33] No Estudo Gênesis (*Gene Environmental System Internactions on Aging*), de Veranópolis (RS), relatou-se que episódios de depressão são frequentes em idosos longevos e causam impacto na qualidade de vida, estando frequentemente associados à ansiedade.[34]

A prevalência de incontinência urinária foi semelhante à descrita na literatura, sendo que em 30% dos idosos residentes na comunidade a incontinência urinária compromete a mobilidade e contribui para o isolamento social e aumenta o risco de institucionalização.[14]

Tabela 19.2. Comprometimento da funcionalidade global dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011

		Número	Frequência relativa
Comprometimento Funcional global	Visão	640	72,6%
	Postura	475	53,9%
	Cognição	459	52,1%
	Humor	457	51,9%
	Continência urinária	444	50,4%
	Audição	306	34,7%
	Continência fecal	122	13,8%
	Preensão	44	5,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Os aspectos resultantes da incapacidade auditiva também limitam e impedem o indivíduo idoso de desempenhar suas atividades de vida diária de maneira adequada.[35]

Na amostra estudada, a frequência da dependência nas AVDs básicas e nas instrumentais foi, respectivamente, de 23,5% e de 54,6% (Tabela 19.3). Estratificando por faixas etárias, os resultados foram: 13,3, 19,6 e 32,1% para as ABVDs nas faixas de 60-69, 70-79 e 80 anos e mais; e, 28,3, 48,5 e 69,6% nas AIVD, nas mesmas faixas etárias. Os problemas de saúde mais encontrados foram hipertensão arterial, em 74,5%; distúrbios

de visão, em 43,1%; e depressão, em 37,3% dos participantes do estudo. A demência foi identificada em 26,2% dos idosos (Tabela 19.3).

Os idosos foram considerados frágeis em 92,1% dos casos (Tabela 19.3), o que era esperado; e a fragilidade teve associação significativa com idades mais avançadas. Uma vez que se trata de um programa específico para idosos frágeis, pode-se constatar o encaminhamento correto realizado pela atenção básica à saúde do município de BH.

Tabela 19.3. Dependência para ABVD e AIVD, condições de saúde e fragilidade por faixa etária dos idosos do CMV, Belo Horizonte, Brasil, 2011

		Faixa etária			Total	%	P
		60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais			
Dep. AVD básica		70	115	207	23,5	<0,005	0,10
Dep. AVD instrumentais		173	249	469	54,6	<0,005	0,10
Condições de saúde	Hipert. arterial	112	270	274	656	74,5	0,07
	Distúrb. de visão	65	148	167	380	43,1	0,19
	Depressão	73	143	113	329	37,3	0,01
	Demência	19	76	136	231	26,2	<0,005
	Diabetes mellitus	43	90	78	211	24,0	0,45
Idoso frágil		131	322	358	811	92,1	<0,005

Fonte: dados da pesquisa.

O envelhecimento é o principal fator de risco para dependência funcional e, quanto mais idoso, maior o risco de apresentar incapacidade.[5,12] O Projeto Epidoso, que avaliou os fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano, salientou que quase metade da população precisava de ajuda para pelo menos uma atividade de vida diária.[13] No estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), projeto que estudou como estão sendo cuidados os idosos frágeis na cidade de São Paulo, foram encontrados 19,2% de comprometimento de ABVD em 2000, que passou para 26,6% em 2006, e as AIVDs passaram de 26,3 para 38,5%.[36]

A hipertensão arterial foi a condição de saúde mais frequente na população do estudo e está de acordo com as observações relatadas em estudos que encontraram alta prevalência de doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial a principal (43,6 e 80,4%), as doenças osteoarticulares e o acidente vascular (41,2%).[13,37,38] Em 2009, foi encontrada entre os homens prevalência de diabetes autorreferida de 5,3 e 6,0% entre mulheres. A prevalência de hipertensão autorreferida foi de 21,6% entre homens e 24,4% entre mulheres.[39]

Encaminhamentos para a Geriatria de referência

Os casos identificados pelo CMV do IJAF-HC/UFMG como idosos frágeis de alta complexidade são encaminhados ao Serviço de GR para continuidade do cuidado.

O total de 400 idosos estudados (45,4%), isso é, a maioria, foi encaminhado para o Serviço de Geriatria de Referência (GR) e 254 (28,8%) foram encaminhados para outras especialidades médicas. O encaminhamento para o Serviço de GR apresentou mais frequência entre os idosos acima de 80 anos e para outras especialidades médicas entre os idosos de 70 a 79 anos. As diferenças foram estatisticamente significativas.

Considerações Finais

Os resultados demonstraram um perfil de idosos frágeis, sendo a maioria do sexo feminino, com idade avançada e ensino fundamental. A maioria dos idosos atendidos no CMV é encaminhada para a Geriatria de referência no próprio IJAF.

Os resultados encontrados quanto ao comprometimento nas ABVD e AIVD, incapacidades, fragilidade e condições de saúde indicam a importância do planejamento da assistência e das ações de prevenção da incapacidade funcional ou minimização das suas consequências. Considerando a peculiaridade da amostra, que é de idosos frágeis, percebe-se que o envelhecimento populacional brasileiro é caracterizado por idosos heterogêneos.

Faz-se necessário desenvolver modelos de prevenção e promoção na assistência ao idoso, a serem implantados em serviços de saúde, conforme as demandas da sociedade e do envelhecimento populacional.

Recomenda-se a realização de estudos complementares e, em especial, a criação e alimentação de um banco de dados sobre os usuários atendidos pelo serviço. A realização de novos estudos, entre outros fatores, poderia contribuir para a otimização de recursos, aprimoramento da interdisciplinaridade, orientação e qualificação de profissionais e cuidadores na gestão do cuidado.

Destaca-se a importância da intersetorialidade e construção de uma rede de cuidados integrados com parceria entre o estado, o município e a universidade, buscando garantir assistência efetiva ao idoso frágil. Acredita-se que o trabalho realizado possa subsidiar as estratégias preventivas, reabilitadoras e curativas na rede municipal de assistência à população idosa, respondendo aos desafios das demandas impostas pelo rápido processo de envelhecimento.

Referências

1. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012 out-dez; 21(4):539-48.

2. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; 2004; p.253-292.
3. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
4. Caldas PC. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Caderno de Saúde Pública. 2003; 19(3):733-81.
5. Lima-Costa MF, Camarano AA. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008; p.1-19.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde. Guia operacional e portarias relacionadas. SAS/MG. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Veras R. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciên & Saúde Colet. 2012; 17(1): 231-8.
8. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.
9. Veras R. Desafios atuais: Política Nacional de Saúde do Idoso, conceitos e práticas assistenciais. In: Veras R, Lourenço R (Orgs.). Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010; p.71-74.
10. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006, Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Brasília; 2006.
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Federal 10.741 de 1° de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Publicado no DOU de 3.10.2003. Brasília; 2003.
12. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS; 2012.
13. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Caderno de Saúde Pública 2003; 19(3): 793-8.
14. Moraes EN, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. Revista Médica de Minas Gerais. 2010; 20(1): 54-66.
15. Teixeira IN, D'Aquino O, Neri AL. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: Freitas EV et al. (Edits.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; p.1102-1108.
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journal of Gerontology: Biological Science. 2001; 56:M146-56.
17. Leme, EG. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000; p.117-143.
18. Moraes EN. Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: Programa de Atenção ao Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Oficina de Trabalho Atenção à Saúde do Idoso. Belo Horizonte; 2012.
19. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Análise de situação de saúde Minas Gerais 2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - SAS/MG; 2010. [Acesso em: out 2012]. Disponível em: http://google.com.br.
20. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 5a ed. Florianópolis: UFSC; 2002.
21. Motta VT, Oliveira Filho PF. Análise de dados biomédicos. Rio de Janeiro: Medbook; 2009.

22. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Revista Sociedade e Estado. 2012 jan-abril; 27(1):165-80
23. Santos JLF. Análise de sobrevidas sem incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003; p.167-82.
24. Novaes MRCG (Org.). Assistência farmacêutica ao idoso; uma abordagem multiprofissional. Brasília: Thesaurus; 2007.
25. Torres MV. Capacidade funcional e envelhecimento. In: Malagutti W, Bergo AMA (Orgs.). Abordagem interdisciplinar do idoso. Rio de Janeiro: Rubio; 2010; p.169-188.
26. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta igualmente, comportamento prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de saúde da região Metropolitana de Belo Horizonte Minas Gerais, Brasil. Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004; 13(4): 201-8.
27. Torres GV, Reis LA, Fernandes MH. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. Rev Espaço para a Saúde 2009; 10(2): 12-17. [Acesso em: 18 nov 2016]. Disponível em http://www.ccs.uel.br/espaçopara saude.
28. Muniz C F, Arnalha AC, Yoshida M, Trelha CS. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em Hospital Escola Público. Rev Espaço para a Saude 2007; 8(2): 33-38. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espaçoparasaude>. Acesso em: nov 2012.
29. Araújo MAS, Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. Rev da Univ Fed de Goiás 2003; 5(2). [Acesso em: nov, 2011]. Disponível em: www.proec.ufg.br.
30. Couto FBE. Déficits sensoriais. In: Guariento ME, Neri AL (Orgs.). Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas, SP: Alínea; 2010; p.69-76.
31. Tinetti ME, Baker DI, Mcavay G et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med. 1994; 331(13):821-7.
32. Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. Rev Bras Fisiot. 2009; 13:112-9.
33. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev Psiquiatr Clin 2005; 32(3): 131-6.
34. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: Freitas EV et. al. (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006; p.106-30.
35. Bertachini L. A comunicação na longevidade: aspectos fonoaudiólogos em gerontologia. In: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2.ed. Rev. e ampl. São Paulo: Atheneu; 2007; p.479-597.
36. Duarte YAO, Nunes DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis em São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). In: Camarano AA. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010; p.123-44.
37. Batista NNLAL, Vieira DJN, Silva GMP. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um Centro de Convivência de Teresina-PI. Enferm em Foco. 2012; 3(1): 7-1.
38. Silva L, Silva MCLSR, Bousso RS. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela estratégia saúde da família. Rev Min de Enferm. 2010; 14(1): 52-8.
39. Schmidt MI, Duncan B, Hoffmann JF, Moura L, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil. Rev de Saúde Pública. 2009; 43(2): 74-82.

Capítulo 20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20): RECONHECIMENTO RÁPIDO DO IDOSO FRÁGIL[a]

Edgar Nunes de Moraes
Juliana Alves do Carmo
Flávia Lanna de Moraes
Raquel Souza Azevedo
Carla Jorge Machado
Dalia Elena Romero Montilla

Introdução[a]

O envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilização. Contudo, a idade, por si só, é um preditor de fragilidade inadequado, uma vez que o processo de envelhecimento segue padrão heterogêneo. A idade cronológica é apenas uma aproximação precária da idade biológica[4]. Assim, a heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento. Da mesma forma, envelhecer sem qualquer doença crônica é esporádico[20]. Com isso, conhecer apenas a idade dos indíviduos e o número de doenças crônicas não agrega possibilidades de maior compreensão da situação de saúde e capacidade do indivíduo idoso. Dessa forma, saúde no idoso pode ser compreendida como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças.

a Este capítulo foi publicado primeiramente na Revista de Saúde Pública, com a seguinte referência: Edgar Nunes de MoraesI Juliana Alves do Carmo, Flávia Lanna de Moraes, Raquel Souza Azevedo, Carla Jorge Machado, Dalia Elena Romero Montilla. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. RSP, 50:81, 2016.

O termo fragilidade é comumente utilizado para representar o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como declínio funcional, quedas, internação hospitalar, institucionalização e óbito. Todavia, o termo fragilidade apresenta várias definições, dependendo da dimensão utilizada como referência, dificultando sua padronização e operacionalização na prática clínica e na comparação entre diferentes estudos[5,17]. Moraes et al.[11], em estudo recente, consideram como fragilidade multidimensional a redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, consequentemente, aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e suas consequências.

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é a principal ferramenta utilizada para identificar o idoso frágil e deve ser aplicada por equipe geriátrico-gerontológica especializada, na qual diversas escalas ou instrumentos são utilizados[10]. Sua duração média varia de 60 a 90 minutos[12]. Assim, pode-se considerar a AGA como um procedimento diagnóstico de alto custo, que necessita ser bem indicada. Torna-se, portanto, fundamental a utilização de instrumentos de triagem rápida, aplicados por qualquer profissional de saúde, como os agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem, capazes de reconhecer o idoso de risco. Embora sejam descritos na literatura vários instrumentos para triagem rápida de vulnerabilidade em idosos, aqueles que poderiam ser utilizados na atenção básica têm sua validação para uso prático ainda incipiente[6]. Instrumentos de triagem disponíveis para o idoso carecem da acurácia necessária para identificação do idoso frágil[2]. Tampouco foram encontrados trabalhos que avaliassem a inserção desses instrumentos na gestão integral do idoso a longo prazo, tanto pela atenção primária, quanto pela atenção secundária[2].

No Brasil, os profissionais de saúde na atenção primária tendem a considerar um idoso como frágil baseando-se em sua aparência geral, ou quando tal indivíduo apresenta múltiplas doenças ou comorbidades. Para esses profissionais, a identificação adequada de idosos frágeis ou em risco de fragilização necessita ser simples e rápida. Alguns estudos testaram a eficácia de alguns instrumentos na identificação de fragilidade em idosos na atenção primária de saúde[1,13,15,16], mas nenhum destes instrumentos foi especificamente concebido para identificação do idoso frágil, segundo a concepção de maior vulnerabilidade ao declínio funcional[10-12]. Além disso, estudos em países em desenvolvimento, com o propósito de encontrar um instrumento para tal identificação, são escassos.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a adequação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) como instrumento de triagem de fragilidade a ser utilizado por profissionais de saúde no Brasil. Para tanto, a AGA foi utilizada como padrão de referência.

A AGA permite um processo diagnóstico global e amplo, envolvendo o paciente e sua família, com a finalidade de verificar a saúde do idoso como um todo. Consiste na busca de informações referentes a vários aspectos: funcionalidade global, sistemas

funcionais (cognição, humor, mobilidade, comunicação), sistemas fisiológicos principais, uso de medicamentos, história pregressa e fatores contextuais (avaliação sociofamiliar, ambiental e do cuidador). Permite classificar o idoso em um dos 10 estratos clínico-funcionais[11]. Um indivíduo no estrato clínico-funcional ≥ 4 é considerado frágil (Quadro 20.1). Entretanto, a utilização da AGA no contexto da atenção primária é inviável, apresentando uma relação custo-benefício insatisfatória em saúde pública. Por isso, é importante a definição de quem é o idoso a ser submetido à esta avaliação[12]. Assim, um instrumento de triagem multidimensional objetivo, simples e de rápida aplicação torna-se de grande importância.

Com essa finalidade, o IVCF-20 foi construído de forma interdisciplinar, com a participação de vários profissionais da equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção ao idoso. Contribuíram ainda agentes comunitários, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros médicos, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e gestores da atenção primária. Foi discutido por profissionais inseridos na atenção primária das regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Sul do Brasil, em reuniões e oficinas no Ministério da Saúde, com a participação de pesquisadores da área.

Quadro 20.1. Classificação clínico-funcional dos idosos, segundo Moraes et al.[11]

Grupo	Estrato	Classificação clínico-funcional
Idoso robusto	Estrato 1	Encontram-se no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as atividades de vida diária avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.
	Estrato 2	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como hipertensão arterial não complicada ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outros.
	Estrato 3	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes melito, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana, doença arterial periférica, osteoporose, fibrilação atrial, depressão, dentre outras. Nestes idosos, tais doenças não estão associadas à limitação funcional e apresentam-se de forma isolada. Neste grupo, também estão incluídos os idosos que apresentam um ou dois critérios do "fenótipo de fragilidade", segundo Fried e Ferrucci[4].

Continua...

... continuação

Quadro 20.1. Classificação clínico-funcional dos idosos, segundo Moraes et al.[11]

Grupo	Estrato	Classificação clínico-funcional
Idoso em risco de fragilização	Estrato 4	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições preditoras de desfechos adversos representados pelo maior risco de declínio funcional estabelecido, institucionalização ou óbito: presença de marcadores de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente). Neste grupo, estão incluídos os idosos que apresentam três ou mais critérios do "fenótipo de fragilidade", segundo Fried e Ferrucci[4].
	Estrato 5	Apresentam condições preditoras de desfechos adversos (como no estrato 4), mas já apresentam declínio funcional em atividades de vida diária avançadas, associadas ao lazer, trabalho ou interação social. Estes idosos ainda são independentes para as atividades de vida diária instrumentais e básicas.
Idoso frágil	Estrato 6	Apresentam declínio funcional parcial nas atividades de vida diária instrumentais e são independentes para as atividades de vida diária básicas.
	Estrato 7	Apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
	Estrato 8	Apresentam dependência completa nas atividades de vida diária instrumentais associada à semi-dependência nas atividades de vida diária básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado banhar-se, vestir-se e uso do banheiro).
	Estrato 9	Apresentam dependência completa nas atividades de vida diária instrumentais associada à dependência incompleta nas atividades de vida diária básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada.
	Estrato 10	Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.

Fonte: adaptado de Moraes[12].

Métodos

Trata-se de estudo transversal, com amostra de conveniência, no qual foram comparados os resultados obtidos por meio do uso do questionário IVCF-20[b] com os resultados verificados pelo uso da AGA.

O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), auto-percepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso.

Os dados deste estudo foram obtidos de 449 pacientes atendidos no Centro de Referência do Idoso (CRI) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção ao Idoso), atendidos em 2014. Da amostra, 397 idosos foram avaliados no instituto e submetidos ao IVCF-20 e à AGA. A aplicação do IVCF-20 foi feita pela equipe de enfermagem, antes do atendimento geriátrico. A aplicação da AGA foi realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada. Os outros 52 pacientes foram avaliados pela equipe do CRI em sua comunidade, ou seja, em seu respectivo centro de saúde.

Todos os pacientes foram avaliados pelos dois questionários: IVCF-20 e AGA. Contudo, os pacientes avaliados no centro de saúde foram submetidos ao questionário IVCF-20 duas vezes, por dois profissionais de saúde (aqui identificados por A e B) que não sabiam do resultado obtido pelo outro.

O treinamento dos profissionais de saúde para aplicação do questionário foi feito pelos autores do presente estudo, no próprio CRI e no centro de saúde.

O *Statistical Package for Social Sciences – Statistics for Windows* (SPSS), versão 19.0, foi utilizado para a construção da base de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 35321914.0.0000.5149).

Análise dos Dados

Os dados foram analisados com o uso do software *Stata for MAC*, versão 12.0. Obteve-se frequência absoluta e relativa de cada questão do IVCF-20 (variáveis categóricas), bem como média, mediana e desvio-padrão para variáveis contínuas. Os

b Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20). Questionário na íntegra disponível em: www.ivcf20.com.br

idosos avaliados no instituto (CRI) e os avaliados na comunidade foram descritos separadamente.

Para averiguar a correlação entre a AGA e o IVCF-20, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman entre esses dois indicadores. Para avaliar a validade do questionário IVCF-20 frente à AGA, foi obtida a área sob a curva ROC (*Receiver Operating Characteristic)*. A área sob a curva ROC (*Area under the Curve* – AUC) é uma medida resumo do desempenho de um teste frente ao padrão-ouro, ou seja, a capacidade no novo teste discriminar o indivíduo doente do não doente[8]. A interpretação dessa medida é a probabilidade do indivíduo portador de uma doença ou condição ter um resultado ao teste diagnóstico de maior magnitude que àquele não doente ou sem a condição. Quanto maior essa probabilidade, mais a AUC-ROC se aproxima de 1. Se for inferior à 0,50, a probabilidade de discriminar corretamente é a mesma de um teste que classifique ao acaso.

O uso da curva ROC permite estabelecer o melhor ponto de corte empírico, pois os programas que implementam a curva ROC também calculam o número de indivíduos corretamente classificados, considerado aqui como aquele ponto de corte que maximizou sensibilidade e especificidade conjuntamente. Obtido esse ponto de corte, variações na acurácia resultantes do uso do IVCF-20 no lugar da Avaliação Multidimensional do Idoso foram avaliadas, com a descrição da sensibilidade, especificidade, e valores preditivos positivo e negativo.

A confiabilidade foi avaliada pela concordância entre avaliadores, para os idosos avaliados na comunidade, e pela consistência interna, para esses mesmos idosos e para os idosos avaliados no CRI. Para a avaliação da concordância entre avaliadores foi usado o coeficiente kappa para cada item e o coeficiente kappa ponderado quadrático para o IVCF-20 global[7]. As classificações adotadas para o coeficiente foram: valores menores que 0 (zero) indicaram ausência de concordância; de 0 a 0,20, concordância ligeira; de 0,21 a 0,40, concordância considerável; de 0,41 a 0,60, concordância moderada; de 0,61 a 0,80, concordância substancial; de 0,81 a 1,00, concordância excelente[7]. Já a consistência interna foi avaliada pela correlação entre as respostas no IVCF-20 pela análise das respostas dos idosos ou da homogeneidade relativa entre um conjunto de vários itens no IVCF-20. Essa consistência interna foi explicitada pelo coeficiente alfa de Cronbach, o qual varia, principalmente, de zero a +1. A confiabilidade, medida pelo alfa de Cronbach, é maior quanto maior a associação interna simultânea entre as variáveis[19]. DeVellis[3] considera que valores de 0,70 a 0,80 são respeitáveis; de 0,81 a 0,90, muito bons; acima de 0,90, o pesquisador deve considerar encurtar a escala, uma vez que esse valor elevado pode ser decorrente de perguntas redundantes[18,19].

O nível de significância considerado foi 5%. Foi obtido intervalo de 95% de confiança para a AUC-ROC.

Resultados

Visão geral da amostra

A Tabela 20.1 apresenta as frequências (absolutas e relativas) dos itens do IVCF-20 no grupo avaliado no CRI e no grupo de idosos da comunidade.

A comparação dos dois grupos indicou diferenças nas proporções ($p < 0,001$). O grupo atendido no CRI era mais velho e mais vulnerável em todas as dimensões da vulnerabilidade clínico-funcional. Quanto aos escores finais médios, desvios-padrão (DP) e medianos, respectivamente, foram iguais a 12,6; 8,8; e 11 para os idosos atendidos no CRI; e 1,98; 4,5; e 1 para os idosos atendidos da comunidade.

Tabela 20.1. Frequências (absolutas e percentuais) de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional

Itens do IVCF-20	CRI		Centro de saúde	
	n	%	n	%
Idade acima de 60 anos				
60–74	178	44,8	39	75,0
75–84	162	40,8	11	21,2
≥ 85	57	14,4	2	3,9
Autopercepção da saúde regular ou ruim	236	59,5	10	19,2
Incapacidades funcionais				
Incapacidade em pelo menos uma AVD instrumental	154	38,8	1	1,9
Deixou de tomar banho sozinho por condição física AVD básica	58	14,6	1	1,9
Cognição				
Algum familiar ou amigo mencionou esquecimento do paciente	245	61,7	5	9,6
Piora do esquecimento nos últimos meses[b]	176	71,8[a]	2	40,0a
Esquecimento impedindo realizar alguma atividade cotidiana	129	52,7[a]	0	0a
Humor				
Desânimo, tristeza ou desesperança no último mês	204	51,4	2	3,9
Perda de interesse ou prazer, no último mês, em atividades previamente prazerosas	126	31,7	2	3,9

Continua...

... continuação

Tabela 20.1. Frequências (absolutas e percentuais) de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional

Itens do IVCF-20	CRI		Centro de saúde	
	n	%	n	%
Mobilidade: alcance, preensão e pinça				
Incapacidade de elevar o braço acima do nível do ombro	35	8,8	0	0
Incapacidade de manusear ou segurar pequenos objetos	26	6,6	0	0
Capacidade aeróbica e muscular				
Perda de peso não intencional[c] ou IMC < 22 Kg/m² ou circunferência da panturrilha < 31 cm ou tempo no teste de velocidade da marcha de 4m > 5 seg.	172	43,3	3	5,8
Marcha				
Duas ou mais quedas no último ano	122	30,7	4	7,7
Dificuldade para caminhar que impeça a realização de alguma atividade do cotidiano	109	27,5	1	1,9
Incontinência esfincteriana: perda involuntária de urina ou fezes	189	47,6	9	17,3
Comunicação				
Problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano[d]	75	18,9	1	1,9
Problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano[e]	63	15,9	1	1,9
Comorbidades múltiplas: cinco ou mais doenças crônicas ou uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes ou internação nos últimos 6 meses	153	38,5	1	1,9

AVD: atividades de vida diária; CRI: Centro de Referência do Idoso; IMC: índice de massa corporal.
[a] proporções calculadas em relação a pacientes cujo familiar/amigo mencionou esquecimento.
[b] exemplos de pequenos trabalhos domésticos, mencionados no questionário: lavar louça, arrumar a casa, fazer limpeza leve).
[c] positivo para perda de peso não intencional o indivíduos que, de forma não intencional: perdeu mais de 4,5 kg ou 5,0% do peso corporal no último ano ou 3 kg no último mês ou 6 kg nos últimos 6 meses.
[d] Permitido uso de óculos/lentes de contato.
[e] Permitido uso de aparelhos de audição.

Associação entre IVCF-20 e AGA

A correlação de Spearman entre o IVCF-20 e a AGA para a amostra de idosos atendidos no CRI foi 0,790 ($p < 0,001$), indicando correlação de magnitude elevada e positiva; esse valor foi 0,305 ($p = 0,026$) entre os idosos atendidos no centro de saúde, indicando correlação positiva.

Validade

A estatística AUC-ROC foi igual à 0,903 (IC95% 0,871–0,934), sendo bastante superior à 0,50 e muito próxima de 1 (Figura 20.1). O ponto de corte obtido foi 6 (seis) e, assim, valores maiores do que seis indicam idoso frágil. Para este valor obtido, o percentual classificado como correto (acurácia) foi 84,4% (335/397), sendo esta acurácia a maior dentre todos os possíveis pontos de corte obtidos. Assim, foram identificados os seguintes valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo, respectivamente: 90,5% (247/273); 71,0% (88/124); 87,3% (247/283); e 77,2% (88/114).

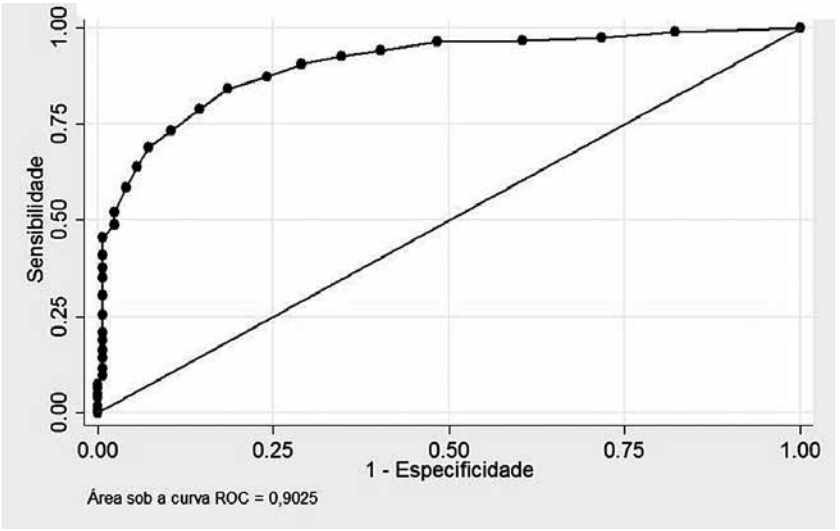


Figura 20.1. Curva ROC avaliando a variação da sensibilidade e especificidade para diferentes valores de corte.
Área sob a curva ROC = 0,9025.
IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20; ROC: *Receiver Operating Characteristic.*

Confiabilidade

Quanto aos avaliadores, o avaliador A, em maior proporção que o avaliador B, indicou esquecimento do paciente mencionado por familiar ou amigo, e desânimo, tristeza ou desesperança; comparativamente ao avaliador A, o avaliador B mencionou maior proporção de autopercepção de saúde regular ou ruim, piora do esquecimento, perda

de interesse em atividades antes prazerosas, perda de capacidade aeróbica/muscular, incontinência esfincteriana, problemas de visão e comorbidades. Ainda assim, as médias e medianas dos avaliadores foram muito próximas e indicaram valores inferiores a três (idoso classificado como robusto). As médias dos avaliadores foram 1,7 (DP = 3,9) e 2,0 (DP = 4,4); e o valor mediano para ambos foi igual a 1.

Os percentuais de concordância e os coeficientes kappa mostraram-se elevados. Os coeficientes kappa foram quase perfeitos ou substanciais para todas as variáveis constituintes do IVCF-20, exceto para a variável "desânimo, tristeza ou desesperança no último mês", que obteve concordância moderada (Tabela 20.2). A concordância ponderada quadrática foi igual a 99,5% para o índice global IVCF-20. Quanto ao kappa ponderado quadrático para o índice global IVCF-20, foi igual a 0,94, sendo considerado, então, quase perfeito.

Tabela 20.2. Frequências (valores absolutos e percentuais) dos indicadores de vulnerabilidade clínico funcional na população estudada – Entrevistadores distintos nas duas amostras com os mesmos indivíduos

Indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional	CRI		Centro de saúde		Percentual de concordância	Coeficiente kappa
	n	%	n	%		
	5	**9,6**	**10**	**19,2**	**90,4**	**0,62**
Autopercepção da saúde regular ou ruim	5	9,6	10	19,2	90,4	0,62
Incapacidades funcionais – AVD instrumentais Deixou, por saúde ou condição física...						
de fazer compras	1	1,9	1	1,9	100	1,00
de controlar dinheiro/gastos/pagar contas	1	1,9	1	1,9	100	1,00
de fazer pequenos trabalhos domésticos	1	1,9	1	1,9	100	1,00
AVD básica: não toma banho sozinho	1	1,9	1	1,9	100	1,00
Cognição						
Familiar ou amigo mencionou esquecimento	9	17,3	5	9,6	92,3	0,67
Piora esquecimento nos últimos meses[b]	1	11,1[a]	2	40,0[a]	98,1	0,66
Esquecimento que impede a realização de alguma atividade do cotidiano[b]	0	0a	0	0[a]	100	NC

Continua...

... continuação

Tabela 20.2. Frequências (valores absolutos e percentuais) dos indicadores de vulnerabilidade clínico funcional na população estudada – Entrevistadores distintos nas duas amostras com os mesmos indivíduos

Indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional	CRI		Centro de saúde		Percentual de concordância	Coeficiente kappa
	n	%	n	%		
	5	**9,6**	**10**	**19,2**	**90,4**	**0,62**
Humor						
Desânimo/Tristeza/Desesperança no último mês	5	9,6	2	3,9	94,2	0,55
Perda de interesse ou prazer no último mês em atividades antes prazerosas	1	1,9	2	3,9	98,1	0,66
Mobilidade alcance, preensão, pinça)						
Incapacidade de elevar braço acima do ombro	0	0	0	0	100	NC
Incapacidade de manusear ou segurar pequenos objetos	0	0		0	100	NC
Capacidade Aeróbica e muscular: Perda de peso não intencionalb ou IMC < 22 kg/m^2 ou circunferência da panturrilha < 31 cm ou tempo no teste de velocidade da marcha (4 m) > 5 seg	2	3,9	3	5,8	98,1	0,79
Marcha						
Duas ou mais quedas no último ano	4	7,7	4	7,7	100	1,00
Dificuldade para caminhar impeditiva de realização de atividades no cotidiano	1	1,9	1	1,9	100	1,00
Incontinência esfincteriana: perda involuntária de fezes/urina	8	15,4	9	17,3	94,2	0,79
Comunicação						
Problemas de visão impeditivos de realização de atividades no cotidianod	0	0	1	1,9	98,1	NC
Problemas de audição impeditivos de realização de atividades no cotidianoe	1	1,9	1	1,9	100	1,00

Continua...

... continuação

Tabela 20.2. Frequências (valores absolutos e percentuais) dos indicadores de vulnerabilidade clínico funcional na população estudada – Entrevistadores distintos nas duas amostras com os mesmos indivíduos

Indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional	CRI		Centro de saúde		Percentual de concordância	Coeficiente kappa
	n	%	n	%		
	5	**9,6**	**10**	**19,2**	**90,4**	**0,62**
Comorbidades: 5 ou mais doenças crônicas ou uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes ou internação nos últimos 6 meses	0	0	1	1,9	98,1	NC

AVD: atividades de vida diária; NC: não calculado; IMC: índice de massa corporal.
[a] Proporções calculadas em relação a pacientes cujo familiar/amigo mencionou esquecimento.
[b] Exemplos de pequenos trabalhos domésticos, mencionados no questionário: lavar louça, arrumar a casa, fazer limpeza leve.
[c] Positivo para perda de peso não intencional ou indivíduos que, de forma não intencional: perdeu mais de 4,5 kg ou 5,0% do peso corporal no último ano ou 3 kg no último mês ou 6 kg nos últimos 6 meses.
[d] Permitido uso de óculos ou lentes de contato. e Permitido uso de aparelhos de audição.

Os coeficientes alfa de Cronbach encontrados, para idosos atendidos no CRI e no centro de saúde, foram, respectivamente, 0,740 (valor considerado respeitável) e 0,861 (valor considerado muito bom).

Discussão

Este estudo comparou o IVCF-20 com a AGA. Primeiramente foi avaliada a correlação entre os resultados obtidos de ambas as avaliações, para verificar se tinham relação entre si, o que foi feito pela correlação de postos de Spearman. Assim, pôde-se confirmar que valores elevados obtidos por um instrumento também eram elevados no outro. Esse resultado era esperado, tendo em vista que as avaliações têm objetivos semelhantes de classificar o idoso quanto à presença de fragilidade. Além disso, foi obtido em uma população menos frágil e outra população mais frágil, o que corrobora a viabilidade de aplicação do IVCF-20 em populações distintas.

Após averiguar a existência da relação positiva entre as duas variáveis, a validade do instrumento IVCF-20 foi aferida pela estatística AUC-ROC. Tal aferição foi feita para os idosos atendidos no CRI e o instrumento foi considerado válido. Foi obtido, ainda, o ponto de corte para discriminar os idosos frágeis com base no critério de maior acurácia. Com base neste critério, obteve-se testes com sensibilidade superior a 90,0% e especificidade superior a 70,0%. Este resultado de elevada sensibilidade, mesmo em

detrimento de uma maior especificidade, é desejável, tendo em vista que testes de triagem (rastreio) devem ter sensibilidade elevada para não perder indivíduos doentes (falsos negativos)[9].

Quanto à confiabilidade, foi feito deliberadamente um esforço para avaliar esta confiabilidade tanto entre os idosos do centro de saúde quanto do CRI. Todos os indicadores medidos no centro de saúde indicaram que o instrumento era confiável: estatísticas de concordância e kappa elevados, bem como coeficiente alfa de Cronbach. No caso do CRI, o coeficiente alfa foi o único avaliado, mas acompanhou os resultados obtidos no centro de saúde.

Os achados referentes à estatística kappa indicaram estabilidade entre os avaliadores, condição fundamental na definição do instrumento. Já os resultados da estatística alfa de Cronbach encontrados neste estudo indicam que as perguntas que compõem o IVCF-20 medem um mesmo construto (alfa > 0,70) e que as perguntas não são redundantes (alfa < 0,90)[20]. Assim, trata-se de um instrumento considerado confiável na população avaliada.

É um instrumento de fácil utilização e de rápida aplicação. Dessa forma, o IVCF-20 mostra-se como bom instrumento para identificação inicial do idoso de risco, capaz de reconhecer o idoso que precisa ser submetido a uma avaliação realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada.

Assim, o IVCF-20 pode ser considerado uma metodologia de AGA realizada por profissionais não especialistas em geriatria e gerontologia, que pode ser aplicado por profissionais de nível médio previamente treinados. Entretanto, ressalta-se que se trata de um instrumento de triagem inicial. Outras possíveis aplicações do instrumento seriam:

- indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir o declínio funcional, institucionalização e óbito, para aqueles idosos nos quais não foi possível aplicar a AGA. Apesar de ser imprescindível a aplicação da AGA em todos os idosos, poucas regiões do Brasil contam com especialistas em Geriatria e Gerontologia. Nessa situação, o IVCF-20 permite a sugestão de várias medidas preventivas que podem ser úteis para o idoso e sua família até que seja possível a avaliação geriátrico-gerontológica especializada;
- função gerencial, como instrumento qualificador de vulnerabilidade, permitindo a identificação e o monitoramento da população de maior risco para internação hospitalar e uso excessivo dos equipamentos de saúde;
- planejamento de demanda programada na atenção primária, como definição de grupo de idosos que necessitarão de atendimento diferenciado na unidade básica de saúde;

- estruturação e direcionamento da consulta geriátrico-gerontológica especializada: planejamento da consulta especializada do idoso, destacando as dimensões de sua saúde que merecem uma investigação mais detalhada.

A aplicação do instrumento também deve ser diversificada para outras modalidades de atendimento ao idoso, tais como clínicas geriátricas, centros de convivência, serviços de urgência e emergência e instituições de longa permanência.

Este estudo possui limitações. Devido ao fato de ter incluído idosos provenientes de apenas um centro de saúde na comunidade e de um centro de referência em atenção secundária geriátrica, é possível que não seja representativo da população alvo, que é de idosos. Além disso, a amostra é de conveniência, e é possível que idosos mais fragilizados não estejam representados. Assim, os idosos deste estudo podem ser mais saudáveis do que a população de idosos em geral. Adicionalmente, embora o número de pacientes obtidos seja considerável (mais de 400 idosos), os resultados tem capacidade limitada de ser extrapolado para outros municípios ou outras regiões de Minas Gerais.

Em conclusão, este instrumento pode ser utilizado como triagem inicial na atenção básica. Entretanto, é fundamental ressaltar que o IVCF-20 não substitui a avaliação realizada por equipe geriátrica-gerontológica especializada. O idoso frágil necessita de abordagem especializada, em uma unidade de referência para o idoso, e a avaliação multidimensional completa é imprescindível para um correto projeto terapêutico interdisciplinar.

Referências

1. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Lima KC, Kisse CBS, Trocado CVM, et al. Rastreamento de risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(12):3495-506. DOI:10.1590/S1413-81232013001200006
2. Clegg A, Rogers L, Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing*. 2015;44(1):148-52. DOI:10.1093/ageing/afu157
3. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Newbury Park: Sage Publications; 1991.
4. Fried LP, Ferrucci L. Etiological role of aging in chronic diseases: from epidemiological evidence to the new Geroscience. In: Sierra F, Kohanski R, editors. Advances in Geroscience. New York: Springer. p.37-51.
5. Gordon AL, Masud T, Gladman JRF. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? *Age Ageing*. 2014;43(1):8-9. DOI:10.1093/ageing/aft161.
6. Hoogendijki EO, Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, Prins BAH, Jansen APD, et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013;42(2):262-5. DOI:10.1093/ageing/afs163
7. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74. DOI:10.2307/2529310

8. Martinez EZ, Louzada-Neto F, Pereira BB. A curva ROC para testes diagnósticos. *Cad Saude Coletiva.* 2003;11(1):7-31.
9. Maxim LD, Niebo R, Utell MJ. Screening tests: a review with examples. *Inhal Toxicol*. 2014;26(13):811-28. DOI:10.3109/08958378.2014.955932
10. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2012.
11. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Pract*. 2016;5(1):24-30. DOI:10.14283/jarcp.2016.84
12. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5.ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1)
13. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):7-19. DOI:10.1590/S0102-311X2005000100002
14. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12(2):189-97. DOI:10.1111/j.1447-0594.2011.00797.x
15. Raîche M, Hébert R, Dubois MF. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008;47(1):9-18. DOI:10.1016/j.archger.2007.06.004
16. Ravaglia G, Forti P, Lucicesare A, Pisacane N, Rietti E, Patterson C. Development of an easy prognostic score for frailty outcomes in the aged. *Age Ageing*. 2008;37(2):161-6. DOI:10.1093/ageing/afm195
17. Rodrígues-Mañas LR, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013;68(1):62-7. DOI:10.1093/gerona/gls119
18. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and Internal consistency. *J Pers Assess*. 2003;80(1):99-103. DOI:10.1207/S15327752JPA8001_18
19. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011(2):53-5. DOI:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
20. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saude Publica*. 2012;46(6):929-34. DOI:10.1590/S0034-89102012000600001

Capítulo 21

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS À MULHER

Rayana Rolla Campos
Rogéria Andrade Werneck
Marina Moreira Scolari Miranda
Denise de Fátima Torres
Myrian Fátima de Siqueira Celani

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é "a capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades". Ser saudável implica a capacidade de "gerir a própria vida e/ ou cuidar de si mesmo" de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doença.[1] Visando diminuir as condições de saúde que possam levar à perda da autonomia e independência das mulheres, como também reduzir as taxas de mortalidade e morbidade, em 2010, o Ministério da Saúde (MS)[2] e, em 2013, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas[3] (*American College of Obstetricians and Gynecologists* – ACOG) apresentaram diretrizes de cuidados e bem-estar na saúde da mulher.

O cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS). Muitas mulheres fazem, durante toda a vida, apenas acompanhamento ginecológico. Então a consulta ginecológica "de rotina" pode ser o momento oportuno para a atenção primária às pacientes. Por isso, o ginecologista precisa ir além do "habitual" e orientar não apenas sobre os problemas ginecológicos, mas também sobre hábitos de vida saudáveis, cuidados com práticas de lazer, bem como rastreamentos de doenças sistêmicas como cardiovasculares e neoplásicas. As reco-

mendações e aconselhamentos devem ser adaptados à realidade epidemiológica da população sob cuidado. Vamos apresentar as recomendações das principais entidades médicas brasileiras e internacionais da saúde da mulher. Cabe ao ginecologista individualizar cada paciente e oferecer medidas preventivas adequadas.

Rastreamento

A manutenção do bem-estar mental, físico e social da mulher inicia-se com a anamnese, exame físico, aconselhamento e rastreio bem realizados. A seguir serão descritas as rotinas de rastreamento para prevenção da saúde da mulher.

Violência doméstica

Uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina é a violência. Ela atinge todas as mulheres, sem exceção. Essas mulheres vivem amedrontadas e muitas delas não conseguem expressar verbalmente tudo que estão passando. O acolhimento delas deve ser realizado periodicamente, por profissionais calmos e pacientes. A anamnese e a descrição do exame físico devem ser as mais completas possíveis, com dados sobre as circunstâncias da situação de violência e descrição das lesões identificadas.[3]

O *United States of Preventive Services Task Force* (USPSTF), junto com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), recomenda avaliar periodicamente todas as mulheres consideradas de risco. Entre outras, pode-se citar: as deprimidas, as que abusam de substâncias, as com problemas mentais e as portadoras de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) de repetição.[25,26]

Depressão e suicídio

A saúde mental deve ser rastreada anualmente em mulheres mesmo assintomáticas, de todas as faixas etárias, por meio de instrumentos validados, visando diagnosticar depressão maior e possibilidade de suicídio. Caso seja necessário, essas mulheres terão acompanhamento psicoterápico. Nessa triagem anual, elas também devem ser avaliadas quanto ao relacionamento interpessoal e familiar, orientação sexual, identidade de sexo, distúrbios no aprendizado, abuso sexual, físico e emocional pela família e/ou pelo parceiro, prevenindo o estupro e o *bullying*.

Tabagismo

No Brasil, a prevalência do tabagismo é de 17,2%, sendo que cerca de 200.000 mortes são causadas por ele[2]. Por ser o principal fator prevenível de morte, a orientação e educação devem estar voltadas para evitar o início de seu uso, com orientações desde a pré-escola. As mulheres tabagistas têm taxas de problemas reprodutivos, câncer ginecológico e não ginecológico, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares,

osteoporose, maiores do que as não tabagistas.[6,7] Uma triagem anual irá detectar as usuárias, que serão orientadas e, se necessário, tratadas. A triagem para câncer de pulmão não é recomendada em mulheres assintomáticas.

Alcoolismo

No Brasil, a cada 100.000 mortes, 27,4 são causadas pelo consumo de álcool. É a quinta maior taxa de morte por álcool nas Américas.[13] Assim, é recomendado o rastreamento do alcoolismo em todos os adultos, inclusive nas gestantes. A ingesta de três doses de bebida alcoólica por ocasião e/ou mais de sete doses por semana leva a uma série de danos à saúde, à vida reprodutiva e à vida social da mulher[14]. A triagem de novos casos deve ser realizada, anualmente, por meio de questionários.

Uso de drogas

A triagem para detecção do uso de drogas deve ser anual, por meio de questionários e/ou por relato de uso de drogas ilícitas, drogas sem receita médica e drogas que melhoram o desempenho. Além disso, em todas as consultas, a mulher deve ser avaliada e aconselhada sobre o uso de drogas, álcool e tabaco.

Obesidade

A obesidade está relacionada a doença coronariana, hipertensão arterial, apneia do sono, diabetes tipo 2, acidente vascular cerebral e alguns tipos de cânceres.

Todas as pessoas com IMC ≥ 30 devem ser encaminhadas para acompanhamento, intervenções intensivas multicomportamentais e orientações sobre dieta e exercícios físicos.

Nutrição

O USPSTF, ACOG e Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam não só aconselhamento intensivo, atividade física como também dieta aos adolescentes com IMC<19 OU > 25, os com hiperlipidemia e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Além dos aconselhamentos e atividade física, anualmente devem rastreadas todas as doenças crônicas associadas à obesidade.

Síndrome metabólica

USPSTF e ACOG recomendam triagem de rotina para dislipidemia, apenas uma vez ao final da adolescência e dos 20-45 anos, independentemente da existência ou não dos fatores de risco. Segundo o CDC, o diagnóstico de síndrome metabólica requer três dos seguintes achados: obesidade abdominal; triglicérides ≥150 mg/dL; HDL≤50 mg/dL; pressão sanguínea ≥130/85 mmHg; glicemia de jejum ≥100 mg/dL.

Dislipidemias

Mulheres entre 20 e 45 anos e com alto risco para doença cardíaca (DCA) devem ser rastreadas anualmente para distúrbios lipídicos. Paciente ≥ 75 anos e com DAC deve ser tratada para que a redução das taxas de colesterol seja mantida, mas essa decisão deve levar em conta o grau de funcionalidade do idoso.

Osteoporose

A fratura de fêmur está associada à redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade. Fratura de coluna vertebral, por sua vez, relaciona-se ao aumento da mortalidade e risco de nova fratura, além de dor crônica. O principal objetivo do rastreamento da osteoporose é prevenir futuras fraturas, a partir da identificação das pacientes com alto risco clínico. O rastreamento de osteoporose é realizado com base na densitometria óssea, em mulheres ≥ 65 anos[1] e nas pacientes com alterações clínicas associadas à baixa massa óssea. O rastreamento deve ser precoce para avaliar início de tratamento.

Hipertensão arterial sistêmica

O risco de doenças cardiovasculares é diretamente proporcional aos níveis pressóricos.[19] Então, todas as mulheres acima dos 18 anos devem ser rastreadas. Não há evidência de um período para rastrear a hipertensão. Recomenda-se que seja a cada dois anos nas mulheres com pressão arterial (PA) ≤120/80 mmHg e anual se a pressão sistólica (PAS) estiver entre 120 e 139 mmHg e/ou a diastólica (PAD) entre 80 e 89 mmHg.

Diabetes

Pela ACOG, não há recomendações de exames rotineiros em adolescentes assintomáticos, exceto para aqueles com IMC≥ 30. Nos adultos com idade ≥ 45 anos, o rastreio de diabetes deverá ser de 3/3 anos. Todos os casos com pressão arterial ≥ 135/90 mmHg devem ser rastreados anualmente.

Hipotireoidismo

Pela USPSTF, em mulheres assintomáticas e com baixo risco não é recomendada triagem rotineira. Em mulheres com risco e idade entre 19 e 49 anos, o ACOG recomenda dosar TSH anualmente. Após 50 anos, todas as mulheres devem ser triadas a cada cinco anos.

Hepatite B

USPSTF e ACOG não recomendam triagem geral e de rotina para população assintomática. O rastreio de rotina deve ser reservado apenas para as grávidas.

Hepatite C

USPSTF, ACOG E CDC recomendam o rastreio, apenas uma vez, em pessoas nascidas entre 1945 a 1965 e teste de rotina em pessoas com alto risco de infecção pelo HIV.

Saúde sexual

Segundo o ACOG, durante a consulta de rotina, deve ser perguntado sobre a saúde sexual da mulher, com perguntas simples e diretas, como:“ você está satisfeita com a sua vida sexual?” “Você tem quaisquer dúvidas ou preocupações sobre sexo?”

Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

USPSTF e CDC recomendam aconselhamento para prevenir DSTs. O rastreio deve ser instituído de acordo com o CDC DST. As mulheres devem ser orientadas sempre sobre o uso de preservativos masculinos e/ou femininos.

Planejamento familiar

O ACOG recomenda orientar todas as adolescentes sobre os métodos contraceptivos, inclusive o de emergência, mesmo antes do início das relações sexuais, prevenindo, assim, uma gravidez indesejada. O CDC reafirma que todas as mulheres devem ter orientação e acesso a toda gama de contraceptivos aprovados pela FDA anualmente. Nunca deve ser esquecida a orientação do uso de preservativo masculino e/ou feminino.

Exame das mamas e mamografia

A incidência de câncer de mama, no Brasil, é estimada em 28,1% das neoplasias. USPSTF e ACOG informam que as mulheres devem ser orientadas sobre os benefícios e as limitações do autoexame das mamas (AEM), sendo que ele deve ser iniciado a partir dos 20 anos de idade. O exame clínico das mamas (ECM), segundo ACOG, deve ser realizado anualmente ou no máximo de 3/3 anos em pacientes com idade entre 20 e 39 anos; em idade ≥40 anos ele deve ser anual. Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde (MS), mulheres com idade ≥ 35 anos e risco elevado para câncer de mama devem passar pelo rastreio anual com ECM. As mulheres em geral, dos 40-74anos, sem qualquer risco, devem se submeter anualmente ao ECM. O rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia está indicado nas seguintes situações:

- anualmente, segundo ACOG, em toda população feminina com idade ≥40 anos;
- o USPSTF recomenda, para mulheres <50 anos, mamografia bienal e individualiza o rastreio para população de ≥75 anos, visto que não há evidências suficientes para avaliar os benefícios e os danos da mamografia rotineira;

- o INCA recomenda mamografia anuais para mulheres ≥ 35 anos e com risco elevado para câncer de mama e para idade entre 40 e 49 anos com ECM alterado. Para mulheres com risco habitual e idade entre 50 e 74 anos, o rastreamento de câncer de mama é realizado com mamografia a cada dois anos;[20]
- o MS recomenda que dos 25-59 anos e após dois exames consecutivos normais, o rastreio mamográfico passe a ser de 3/3 anos; nas mulheres ≥65 anos o rastreio passe a ser individualizado.

Câncer de ovário

Não é recomendada triagem de mulheres com baixo risco para câncer de ovário, pois os danos superam os benefícios da triagem. Para ACOG, às mulheres com prole definida e /ou idade ≥40 anos, com risco elevado para CA de ovário e/ou com mutações para BRCA1 e BRCA2, deve ser oferecida salpingoforectomia bilateral. Segundo o *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), em pacientes que não foram submetidas à salpingoforectomia, o ultrassom transvaginal anual e a dosagem de CA-125 não são eficazes para rastreio de câncer de ovário.

Prevenção de câncer cervical

O MS recomenda que após dois exames citopatológicos consecutivos normais em mulheres com idades de 25-59 anos, o rastreio deva ser de 3/3 anos. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada. Já com idade ≥ 65 anos, a recomendação é suspender o rastreamento, desde que os últimos exames estejam normais. Em mulheres histerectomizadas com remoção do colo do útero não é necessária prevenção, EXCETO se tiver história de lesão de alto grau (NIC2 ou NIC3) ou câncer cervical tratado até 20 anos antes.

Prevenção do câncer de cólon retal

Estima-se que o câncer de cólon e reto será, nos próximos anos, a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres. Este câncer está relacionado a obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, baixa ingesta de fibras alimentares e consumo de carnes vermelhas. Outros fatores de risco para desenvolvimento da doença são a história familiar do câncer de colón e reto, a predisposição genética para o desenvolvimento de doenças crônicas do intestino e a idade. A história natural do câncer de cólon e reto permite prevenção e detecção precoce da doença, uma vez que a maioria das lesões neoplásicas se origina de uma lesão adenomatosa, que leva cerca de 10 a 15 anos para evoluir para lesão neoplásica, sendo que as lesões ≥ 1 cm têm mais probabilidade de se transformar em lesão maligna.[2]

Vacinação

A situação vacinal da mulher deve ser investigada, com identificação das vacinas indicadas para cada faixa etária (Quadro 21.1), de acordo com as recomendações vacinais da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) e do programa de vacinas do MS.[27,28,29,30]

Quadro 21.1. Vacinas

Vacinas	Adolescente (11-19 anos)				Adulto (20-59 anos)				Idoso (60 OU MAIS anos)			
	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$
Tríplice Viral (Caxumba, Rubéola, Sarampo)	S	Duas 0-1 mês	Gravidez Imunodeprimido	S	S	Duas 0-1 mês	Gravidez Imunodeprimido	+ S	S	Duas 0-1 mês	Imunodeprimido	Ñ
Hepatite A	S	Duas 0-6 mês	Gravidez	Ñ	S	Duas 0-6 mês	Gravidez	Ñ	S	Duas 0-6 mês	Não	Ñ
Hepatite B	S	Três 0-1-6 mês	Não	S	S	Três 0-1-6 mês	Não	S	S	Três 0-1-6 mês	Não	S
Hepatite A e B	S	<16 anos Duas 0-6 mês >16 anos Três 0-1-6 mês	Gravidez	Ñ	S	Três 0-1-6 meses	Gravidez	Ñ	S	Três 0-1-6 meses	Não	Ñ

1 + Disponível nos postos de saúde até 49 anos de idade. 2 - indicado ☑; 3- contraindicado ⊗; 4 - gratuito $.

Continua…

... continuação

Quadro 21.1. Vacinas

Vacinas	Adolescente (11-19 anos)				Adulto (20-59 anos)				Idoso (60 OU MAIS anos)			
	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$
HPV Quadrivalente (6, 11, 16, 18)	S	* OBS	Gravidez	* S	* S	Três 0-1-6 meses	Gravidez	Ñ	X	X	X	X
Triplice Bacteriana Acelular Adulto (dTpa) (Difteria, Tétano, Coqueluche)	S	1 reforço em 10 anos	** Não	** S	S	Reforço a cada 10 anos	** Não	** S	S	Reforço a cada 10 anos	** Não	** S
Dupla Adulto (dT) (Difteria, Tétano)	S	***	Não	S	S	***	Não	S	X	X	X	X
Varicela (Catapora)	S	Duas <13 anos 0-3 mês >13 anos 0-1 mês	Gravidez	Ñ	S	Duas 0-2 meses	Gravidez	Ñ	X	X	X	X

* Ministério da Saúde (MS) indica duas doses exclusivamente para meninas de nove a 13 anos de idade. Nos postos só vacinam com 9-13 anos de idade. Indicado para homens de 9-26 anos e mulheres de 9-45 anos, três doses 0-1-6 meses.
** Gestantes apenas uma dose entre 27 e 36 semanas de gestação. Postos apenas para gestantes.
*** Uma dose de dTpa a qualquer momento e completar com duas de dT.
1 - indicado ☑; 2- contraindicado ⊗; 3 - gratuito $.

Continua...

... continuação

Quadro 21.1. Vacinas

Vacinas	Adolescente (11-19 anos)				Adulto (20-59 anos)				Idoso (60 OU MAIS anos)			
	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$
Influenza (Gripe)	S	Única anual	Não	**** S	S	Única anual	Não	**** S	S	Única anual	Não	**** S
Meningocócica Conjugada ACWY	S	2 5/5 anos reforço aos 11 anos	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	**** S	S	C	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	Ñ	** ** **	Dose única	Não	Ñ
Meningocócica B	S	2 0-1 mês	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	Ñ	S	2 0-1 mês	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	&	&	&	&	&
Febre Amarela	S	Uma *****	Gravidez Imunodeprimido	S	S	Uma *****	Gravidez Imunodeprimido	S	S	Uma *****	Imunodeprimido	S

****Postos oferecem para grupos de risco e gestantes.
*****Uma dose para residentes ou viajantes para áreas de vacinação segundo o MS.
******Surtos e viagens para áreas de risco.
& Apenas na indisponibilidade da meningocócica conjugada ACWY; 1 - indicado ☑; 2- contraindicado ⊗; 3 - gratuito $.

Continua...

… continuação

Quadro 21.1. Vacinas

Vacinas	Adolescente (11-19 anos)				Adulto (20-59 anos)				Idoso (60 OU MAIS anos)			
	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$	☑	Dose	⊗	$
Pneumocócica (VPC13) e (VPP23)	X	X	X	X	X	X	X	X	S	&*	Não	S &*
Herpes Zoster	X	X	X	X	X	X	X	X	S	Dose única	Imunodeprimido	Ñ

&*: iniciar com uma dose da VPC13 seguida de uma dose de VPP23 seis a 12 meses depois e uma segunda dose de VPP23 cinco anos depois da primeira. Nos postos de saúde apenas a VPP23 para grupos de risco.
1 - indicado ☑; 2- contraindicado ⊗; 3 - gratuito $.

Referências

1. Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso*: aspectos conceituais Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária n. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
3. Conry JA, Brown H. Well-woman task force: components of the well-woman visit. *Obstet Gynecol.* 2015 Oct; 126(4):697-701, [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26348188.
4. Committee opinion no. 471. Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010 Nov; 116(5):1241-4. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966731.
5. Fiore MC et al. A Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008 Aug; 35(2):158–176. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18617085.
6. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion number 503: tobacco use and women's health. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):746-50. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm. nih.gov/pubmed/21860316.
7. Roelands J et al. Consequences of smoking during pregnancy on maternal health. *J Womens Health* (Larchmt). 2009 Jun; 18(6):867-72. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19514829.
8. Haddad A, Davis AM. Tobacco smoking cessation in adults and pregnant women: behavioral and pharmacotherapy interventions. *JAMA*, 2016 May 10; 315(18):2011-2 Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/ 27163990.
9. Hemsing N Greaves L, Poole N. tobacco cessation interventions for underserved women. *J Soc Work Pract Addict*. 2015 Jul 3;15(3):267-87 [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27226783.
10. Kruger J, O'Halloran A, Rosenthal A. Assessment of compliance with U.S. Public Health Service clinical practice guideline for tobacco by primary care physicians. *Harm Reduct J*. 2015 Mar; 12:7. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25889679 .
11. ACOG Committee Opinion No. 587: Effective patient-physician communication. *Obstet Gynecol.* 2014 Feb; 123(2 Pt 1):389-93. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24451677.
12. Garcia LP, De Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24: 227-37.
13. Rehm J et al. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol. *Addiction*. 2014 Jun; 109(6):880-93. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467748.
14. Committee opinion no. 633. Alcohol abuse and other substance use disorders: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. *Obstet Gynecol.* 2015 Jun; 125(6):1529-37. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26000541.
15. Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *Am Fam Physician.* 2009 Jul; 80(1):44-50. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621845.

16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol.* 2011 Aug; 118(2 Pt 1):383-8. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775870.
17. ACOG Committee Opinion No. 423: motivational interviewing: a tool for behavioral change. *Obstet Gynecol*. 2009 Jan; 113(1):243-6. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19104391.
18. ACOG Committee Opinion No. 600: Ethical issues in the care of the obese woman. *Obstet Gynecol.* 2014 Jun; 123(6):1388-93. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24848919.
19. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da atenção básica*: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
22. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016:* incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
23. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
24. ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol.* 2012 Feb; 119(2 Pt 1):412-7. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22270317.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 554: reproductive and sexual coercion. *Obstet Gynecol*. 2013 Feb;121(2 Pt 1):411-5. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23344307.
26. Romero R, Nygaard I. CDC updates guidelines for treating sexually transmitted diseases. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Aug; 213(2):117-8. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216176.
27. Sociedade Brasileira de Imunizações. *Calendário de vacinação - idoso 2015- 2016*. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: http://www.imunize.com.br/calendarios/idoso.pdf.
28. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de vacinação - adolescente de 11 a 19 anos 2015 - 2016. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: http://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-adolescente-2016-17.pdf.
29. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de vacinação - criança de 0 a 10 anos 2015 - 2016. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: http://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-crianca-2016-17.pdf.
30. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de vacinação da mulher - 20 a 59 anos 2015 - 2016. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: http://saudebrasilnet.com.br/Arquitetura/PDFs/calendario-20-59-mulher.pdf.

Capítulo 22

HOMENS, VÍTIMAS E AUTORES DE VIOLÊNCIA: A CORROSÃO DO ESPAÇO PÚBLICO E A PERDA DA CONDIÇÃO HUMANA[a]

Rejane Aparecida Alves
Lauriza Maria Nunes Pinto
Andréa Maria Silveira
Graziella Lage Oliveira
Elza Machado de Melo

Introdução

Mundialmente, a saúde dos homens apresenta uma situação de desvantagem em relação à das mulheres, evidenciada por alto risco de morte, especialmente em idades mais precoces[1-6]. Apesar de conhecido, esse problema foi tradicionalmente relegado pelas políticas públicas e só nas últimas décadas ganhou o interesse do setor da saúde[3,5,7], quando surgiram iniciativas, em diversos países, reconhecendo os homens como sujeitos do cuidado de saúde e portadores de necessidades e abordagens específicas. No Brasil, foi publicada, em agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem[8,9]. Esse movimento mundial em defesa da saúde do homem sinaliza uma ruptura com a visão parcial que afasta e/ou exclui o homem do papel do cuidado, pautado nas diferenças instituídas pelas construções de sexo[10].

a Este artigo foi originariamente publicado na Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Referência completa: Alves, Rejane Aparecida; Lauriza Maria Nunes Pinto II; Andréa Maria Silveira; Graziella Lage Oliveira; Elza Machado de Melo. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. Interface (Botucatu), v. 16, n. 43, p. 871-883, dez 2012.

Entre as principais causas de morbimortalidade masculina, destaca-se a violência[1,4-6,8,11]. Segundo a *World Health Organization*[11], dos mais de 1,5 milhão de mortes anuais por causas violentas (homicídios, acidentes de transporte e suicídios), a maioria é de homens, principalmente na faixa etária de 15 a 29 anos. Além disso, muitos sofrem com graves sequelas não fatais[6,11,12]. Em 2004, homens morreram aproximadamente três vezes mais do que mulheres em consequência de acidentes de transporte e de homicídios e duas vezes mais devido aos suicídios[13]. Das 468 mil mortes por assassinatos no mundo, em 2010, mais da metade eram homens e jovens[14]. Em 2009, no Brasil[15], a razão das taxas de mortalidade por violência entre homens e mulheres foi de 7:1. A expectativa de vida no Brasil poderia ser superior em dois ou três anos à atual se não fosse o efeito das mortes prematuras de homens por causas violentas[16]. Isso mostra que a violência, assim como outros problemas de saúde, não é igualmente distribuída entre os sexos ou grupos etários[17].

Estudos sobre a estreita relação entre os homens e a violência[6,8,11,18-21] apresentam explicações vinculadas à socialização dos homens, centrada em um hegemônico modelo de masculinidade instituidor de papéis e de posições sociais desiguais entre os sexos, além de crenças que propiciam o envolvimento desses sujeitos com a violência, como: a soberania masculina, a valentia, a honra, a dominação, a invulnerabilidade e a força. Esse modelo naturaliza a violência como um atributo dos homens e como um instrumento de afirmação do "ser homem" e os induz à adoção de práticas de risco à vida e de condutas autoritárias, ambas geradoras de relações humanas violentamente conflituosas.

O desafio imposto pela violência no âmbito da saúde do homem e a necessidade de novos olhares sobre essa questão geraram este estudo, realizado no município de Ribeirão da Neves-MG, cujo objetivo foi compreender, à luz dos fundamentos teóricos de Hannah Arendt[22], o envolvimento dos homens com a violência, seja na condição de vítimas ou autores.

Hannah Arendt[23] amplia os horizontes explicativos da violência ao reconhecê-la como um produto da dominação própria das relações humanas desiguais, que trazem como pano de fundo: a instrumentalização do sujeito, a aniquilação da fonte do poder legítimo – as interações humanas em pé de igualdade – e a consequente perda da condição humana. Sendo a dominação o marcador da condição masculina imposto pela socialização do homem, potencializa-se o estreitamento da relação homem-violência.

Ribeirão das Neves

Município mineiro integrante da região metropolitana de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves contava, em 2010, com população de 296.317 habitantes, dos quais 99% viviam em área urbana[16]. Desde a década de 1950, esse município sofre com o intenso crescimento populacional e a ocupação territorial desordenada, em oposição à capa-

cidade administrativa de oferecer uma infraestrutura local suficiente para atender às demandas da população[24]. O setor econômico oferece poucas alternativas de trabalho, há predomínio de atividades informais[24], consequentemente, a maior parte da população é de baixa renda e vive com renda média de até dois salários-mínimos[16]. A existência de um complexo penitenciário de seis unidades em seu território, que abrigava, em 2006, 3.383 presos[24], desestimula o crescimento econômico local, pois desvaloriza os imóveis da região, limita a atração de investimentos, prejudica o comércio e agrava o quadro de explosão demográfica pela migração de parentes dos detentos[24].

Essas fragilidades configuram um quadro de vulnerabilidade expressa em desempregos, empregos precários, pobreza, misérias e exclusão social, que acirram os conflitos nos contextos da vida humana e favorecem a instauração da violência como o maior problema para o município, com estatísticas que se destacam no estado de Minas Gerais[15,24]. As taxas de morte por violência no município estão concentradas na população masculina, com mais impacto na faixa etária de 15 a 29 anos[15]. Desde 2002, os eventos violentos, especialmente os homicídios, ocupam a primeira posição entre as principais causas de morte dos homens[15]. Em 2009, 85% das mortes violentas foram de homens e geraram taxas seis vezes mais altas para os homens em relação às mulheres[15].

Referencial Teórico

Inspirada pela Teoria Política de Hannah Arendt[22,23], a violência foi definida como a dominação própria de relações humanas marcadas pela ausência do diálogo e pela instrumentalização do sujeito. Orientada pelos princípios políticos do pensamento greco-romano e em discordância com o pensamento político moderno, essa autora sustenta uma oponente distinção conceitual entre violência e poder, sendo o último definido como fenômeno político, fundado em relações humanas argumentativas, diferentemente do entendimento atual que o identifica com dominação, sinônimo de violência, que se assenta em relações de mando-obediência.

Arendt[22] reconhece três atividades humanas fundamentais: o labor, o trabalho e a ação. A primeira constitui a condição humana da vida, por garantir a realização das necessidades vitais; a segunda constrói o mundo artificial, que confere certa durabilidade à fugacidade do tempo humano; e a ação corresponde à atividade que se desenvolve entre os homens e tem como condição a pluralidade, isto é, nossa condição de iguais e diferentes, todos humanos, mas cada um único e distinto de "qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir"[22,p.16], cujo nascimento é sempre a chegada do novo e da possibilidade de mudança no mundo. Essa pluralidade humana, instaurada pela natalidade, é a condição essencial de toda a vida política[22].

A política, tal como na *polis* grega, representa a liberdade humana e implica relações sem domínio e sem submissão, portanto, interação horizontal entre as pessoas, media-

da pelo agir argumentativo – a ação política que é a única atividade humana mediadora, criadora, reveladora e transformadora. Como seres políticos, as pessoas tornam-se inteligíveis entre si e ficam livres do fardo de comandarem ou de serem comandadas.

O espaço de encontro político, na *polis* grega, era a esfera pública, o espaço da visibilidade entre as pessoas que se reúnem pela busca do acordo e onde se revela a singularidade, "único lugar em que os homens podiam mostrar quem realmente e inconfundivelmente eram"[22,p.35]. Dessa ação política emerge o poder, relativo à "habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto"[23,p.36]. A violência, ao contrário, surge da degradação ou instrumentalização da ação política e significa "o agir sem argumentar, sem o discurso ou sem contar com as consequências"[23,p.48]. Possui natureza instrumental e se assenta em relações humanas desiguais de mando-obediência[23].

A esfera pública grega, no entanto, não violava as fronteiras da vida privada, isso porque o suprimento das necessidades da vida no âmbito privado era a condição para que o homem pudesse exercer sua liberdade na esfera pública. O indivíduo passava, então, sua vida transitando entre as duas esferas, na medida em que saía dos limites da sua morada privada, garantidora de um lugar no mundo e de proteção da vida, para adentrar um espaço público em que ele se encontrava com o outro[22].

O advento da era moderna e "[…] a ascensão da administração caseira, de suas atividades, seus problemas e recursos organizacionais […] do sombrio interior do lar para a luz da esfera pública"[22,p.47] alteraram o significado dessas duas esferas da vida humana e representaram a "absorção da família por grupos sociais correspondentes"[22,p.49]. E geraram um equacionamento da vida social que, "longe de ser uma igualdade entre pares, lembra muito mais a igualdade dos membros da família ante o poder despótico do chefe da casa"[22,p.49]. A ação da esfera pública é substituída por um comportamento normalizado e o conformismo descarta a possibilidade do novo. Nesse processo de publicização da esfera privada e uniformização da esfera pública, ambas desaparecem, dando lugar ao surgimento de uma nova esfera que a tudo parece consumir e devorar, a esfera social, que integra indivíduos moldados segundo um único interesse – o econômico.

A moderna organização social institui o dinheiro como o seu denominador comum e como o fator definidor da posição social ocupada pelo indivíduo – dominador ou dominado. Nesse contexto, surge um mundo determinado pela categoria de meios e fins e regido por uma racionalidade mercadológica e utilitarista que burocratiza a vida do homem. A política perde seu significado interativo e assume caráter de meio regulador; o engessamento da vida humana e a instrumentalização das relações entre as pessoas aniquilam a capacidade de ação dos sujeitos – cria-se o espaço ideal para a violência assumir a posição de mediadora das tensões humanas.

Nesse ideário moderno de domínio absoluto reside o mais eficiente mecanismo de controle humano: a sociedade de massas, que homogeneíza comportamentos, inte-

resses, opiniões, sujeitos, numa engrenagem que aniquila a plural singularidade humana, exclui sua ação inovadora e reduz sua capacidade de julgamento. Além disso, gera o desinteresse do indivíduo pelo mundo comum e por si, enfim, transforma todas as pessoas em meras cópias humanas, reprodutoras de um modelo de sociedade assimétrico, gerador de superfluidade, individualismo, alienação e desvalorização da vida humana. O dilaceramento do tecido humano produz o ambiente favorável ao estabelecimento de interações humanas mudas e regidas pela negação do reconhecimento das pessoas na sua autêntica posição de igualdade.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, realizado no segundo semestre de 2009, cuja metodologia consistiu na realização de 30 grupos focais, com residentes do município de Ribeirão das Neves, organizados por faixa etária, sexo e regiões administrativas dos municípios: Justinópolis, Veneza e Centro (Tabela 22.1). Essa organização objetivou apreender as múltiplas faces do objeto estudado, por meio de vários olhares que conversem entre si e, nessa perspectiva de intersubjetividade, alcancem a objetividade do conhecimento[25] e evitem a absolutização de um só ponto de vista. A média de participantes em cada grupo foi de oito pessoas, somando o total de 231 participantes (119 homens e 112 mulheres). Cada grupo durou, em média, 80 minutos. Por ser uma pesquisa qualitativa, a amostra, neste estudo, não seguiu orientação numérica, ao contrário, foi definida por saturação dos significados coletivos atribuídos ao objeto investigado[26].

Tabela 22.1. Organograma e composição dos grupos focais

Regiões administrativas	Grupos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 59 anos	≥ 60 anos	Total
Justinópolis	Homens	HJ	HJ	HJ	HJ	HJ	5
	Mulheres	MJ	MJ	MJ	MJ	MJ	5
Veneza	Homens	HV	HV	HV	HV	HV	5
	Mulheres	MV	MV	MV	MV	MV	5
Centro	Homens	HC	HC	HC	HC	HC	5
	Mulheres	MC	MC	MC	MC	MC	5
Total		6	6	6	6	6	30

Legenda: HJ = Homens região Justinópolis, MJ = Mulheres região Justinópolis, HV = Homens região Veneza, MV = Mulheres região Veneza, HC = Homens região Centro, MC = Mulheres região Centro.

Os participantes foram selecionados aleatoriamente e o recrutamento foi viabilizado com a cooperação de profissionais da rede pública de saúde do município, que propiciou os convites aos moradores por ocasião de suas visitas domiciliares. Os critérios de inclusão foram: residir no município, ser originário de um dos níveis de vulnerabilidade social (baixo, médio e alto), estar na faixa etária de 10 anos ou mais e ter interesse voluntário em participar. A organização dos grupos por região administrativa garantiu a presença de participantes originários de diferentes condições de vulnerabilidade social (níveis de escolaridade, condições de moradia, renda, acesso aos serviços essenciais e a rede de proteção social, etc.). Informações obtidas com as equipes de saúde da família do município permitiram seguir o mesmo critério dentro de cada região.

A organização dos grupos por faixas etárias e sexo, além de captar diferentes olhares, garantiu a homogeneidade de cada grupo[26] e evitou influências inibitórias da variável sexo e idade no comportamento dos participantes.

Os participantes do estudo ou seus responsáveis assinaram Termo de Consentimento Livre e Informado contendo informações explicativas sobre a pesquisa. Os grupos foram realizados em escolas de cada região administrativa do município, por serem locais de fácil acesso dos moradores. A condução dos grupos pelos pesquisadores foi orientada e uniformizada por meio de roteiro pré-testado, que continha as questões da temática de interesse, e por instrutivo contendo o passo a passo do trabalho de campo. É importante salientar que todos os 17 integrantes da equipe do trabalho de campo participaram da discussão do tema, da organização e estruturação do trabalho de campo e da construção do roteiro de questões.

O registro dos dados empíricos foi realizado pela gravação das falas de cada grupo. A etapa da análise foi iniciada pelas transcrições das gravações, seguida por uma leitura exaustiva do material transcrito. A seguir, foram definidas categorias analíticas geradas pela articulação dos pressupostos da teoria condutora do estudo com os dados empíricos coletados e, assim, prosseguiu-se com a análise, realizada por um movimento incessante entre as fontes empíricas e teóricas, característico do método hermenêutico-dialético descrito por Minayo[26]. O entrelaçamento entre teoria e prática gerou três categorias de análise: a) violência: dominação nas relações humanas; b) sociabilidade masculina: modelo centrado na dominação, c) superação da violência.

Resultados e Discussão

A percepção da violência entre os moradores de Ribeirão das Neves mostrou-se abrangente e variada, além de ser referida a episódios sofridos, praticados e/ou assistidos pelos próprios participantes ou chegados ao seu conhecimento por meio de relatos da vizinhança. De modo geral, a violência para eles é algo que, praticada por um ator, traria danos a outros: “seria qualquer ato, tipo assim, visa prejudicar o próximo, eu

vejo desta forma. Aí você pode englobar várias formas, a violência financeira, a violência física, a violência com palavras" (HJ).

Violência: Dominação nas Relações Humanas

A concentração estatística da violência entre os homens tem gerado a proposição de que os homens sejam mais violentos do que as mulheres e, de modo geral, os estudos explicam esse fato como sendo resultante de uma naturalização construída socioculturalmente[18,19,8,20]. E seria surpreendente encontrar – caso não se adotasse um referencial teórico cujo postulado central é o de que a violência é, antes, produto da dominação própria das relações desiguais – que os participantes deste estudo consideraram, quase unanimemente, que tanto homens quanto mulheres são suscetíveis ao envolvimento com a violência, seja na condição de autores ou de vítimas: "Eu acho que os dois são violentos, não é a mulher mais que o homem não" (HV) – fala que se repete várias vezes: "Os dois são violentos da mesma forma" (HC), é "tudo igual porque a mesma capacidade que um tem o outro também tem" (MV). O que muda, segundo eles, são as características da violência em que cada um se envolve, "o homem usa mais da força e a mulher usa mais da sabedoria para praticar a violência…" (HV), porém, isso "não quer dizer que a violência seja pior para um ou pior para outro não, ela é idêntica" (HC). E, no encontro da teoria com o mundo empírico, evidencia-se que o potencial de dominação e a disponibilidade de recursos para exercê-lo são os elementos que regem e diferenciam os modos de agir com violência: para Arendt[22,23], a violência é dominação que perpassa as relações humanas, seja entre homens e seja entre mulheres, onde quer que estejam; para os participantes da pesquisa, é a "questão do poderio, pois isso só tinha na cabeça do homem, aí entrou na cabeça também das mulheres" (HC).

É óbvio que essa aproximação entre o pensamento de Arendt e o pensamento dos entrevistados (este compatível, é lógico, com o entendimento atual) exige o devido resguardo da premissa, antes mencionada, de que o entendimento de ambos sobre poder é diferente, praticamente contrário, para ela liberdade, para eles dominação. Coerentemente, estudo de Rosa *et al*.[27,p.156] mostra que as relações assimétricas de domínio, na maioria das vezes orientadas por construções de sexo, propiciam cenários de violência por se configurarem como "relações de força expressas enquanto relações de dominação". Outra fala não deixa dúvida quanto a isso: "A mulher quer mandar, entendeu o problema?" (MC) – clara intuição – ou, quem sabe, receio ou recusa de que, na história de homens e mulheres, a luta contra a dominação, como já aconteceu em outras searas da experiência humana, possa se transformar, ela própria, em dominação[28].

Ora, se a violência é dominação que perpassa as relações humanas, então ela é determinada pela forma como se forjam as relações sociais, dependendo dos papéis sociais e atributos que elas engendram, assim como pelas habilidades específicas de

cada envolvido. Juntos, esses fatores definem o tipo de violência, o seu espaço de ocorrência, a vítima, o agressor e os instrumentos utilizados. Não se podem contestar ou ignorar as estatísticas referentes ao envolvimento dos homens com a violência. O conhecimento, porém, do contexto de produção desses números e a compreensão do seu significado trazem nova luz à questão.

Segundo os participantes, "o homem é mais violento pela força física" e, além disso, "são eles que mais ficam na rua" (HC). Os números expressariam, então, as faces visíveis e mensuráveis da violência, referentes a acometimentos físicos graves ou morte, na maioria das vezes ocorridos no espaço público e envolveriam, predominantemente, homens, provavelmente em virtude das suas habilidades físicas e de seu papel social que gera mais exposição pública[6,21]. Por outro lado, a face menos visível da violência, que não se explicita tão facilmente ou é de difícil mensuração, por se manifestar de forma simbólica ou velada, foi principalmente atribuída, pelos participantes, às mulheres – "a agressão da mulher, pra mim, eu acho que é mais verbal, a mulher não é muito de… fazer agressão física" (HJ), por isso sua violência é mais "disfarçada" (MC). Ressalta-se que essa face opaca da violência é tão grave como qualquer outra[29] e, como enfatiza um participante, "tem violência verbal que machuca mais do que um tapa no pé da orelha" (HC). Aliás, muitas vezes, ela desencadeia a violência física[27], fato comentado nos grupos focais: "As mulheres se envolve em violência por questões muitas vezes de uma fofoca…" (HC), "inclusive se… foi lá e fez uma fofoca de mim, eu vou chegar nela e vou arrumar a maior confusão" (MJ), como no caso; "a minha irmã …brigou na escola… a menina pegou um negócio da outra, colocou dentro da bolsa dela e falou que foi ela que tinha roubado e não era. Minha irmã pegou a cabeça da menina, colocou dentro do vaso e deu descarga" (MV). E também acontece "quando os homens exageram na bebida e as mulheres começam a xingar, […] eles ficam agressivos e começam a bater nelas mesmo" (HV).

Os perfis descritos de envolvimento com a violência não graduam um ou outro sexo como mais ou menos violento, eles mostram que certos tipos de violências são predominantes, mas não exclusivos, de homens ou mulheres. Nesse sentido, Schraiber *et al.*[21] argumentam que, apesar das diferenças nas inserções sociais, não se devem fixar imagens estereotipadas dos homens como eternos agressores e das mulheres como eternas vítimas.

Também não se podem excluir as mulheres da prática da violência física, pois ao se considerar o espaço domiciliar, a mãe aparece como a principal agressora contra crianças[30,31], mostrando, mais uma vez, a influência das condições assimétricas no exercício da dominação, fato claramente relatado pelos participantes: "A mulher, hoje a mulher é mais violenta através dos pequeninos" (MV), "a violência das mulheres é com as crianças, é violência doméstica, é dentro de casa" (MV); e tem, entre suas motivações, os problemas conjugais: "Tem mulher também que briga com o marido e quer descontar a raiva nos filhos, bate nos meninos, deixa os meninos maltratado" (MV), "eu mesma

tenho uma irmã que faz isso, ela espanca os filhos dela pra chamar atenção do marido" (MC). E episódios mais graves de violência não são raros no contexto da população estudada, "a gente tem casos na área mesmo, caso recente aí, de uma mãe tentar matar a criança (MV) ou casos em que a mãe "batia com ferro, botava de joelho, amarrava no botijão de gás" (MC). No decorrer da dinâmica do grupo, não faltam testemunhos: "eu acho que já pratiquei, naquela revolta danada, batia nos meninos" (MC).

Muitas vezes, a mãe e a própria sociedade não consideram tais atos como violência, mas como prática educativa e legítima, sem danos à criança[32,33], como se verifica na seguinte fala: "Eu dô uma varadinha na perna também, não é só castigo não… eu dô só uma pancadinha nas pernas pra entender que tem que respeitar o papai e a mamãe" (MV). Para Barbosa e Pegoraro[32], os maus-tratos cometidos pela mãe contra seu filho estão vinculados à posição ocupada por cada membro de uma família e ao papel social da mulher, sendo um desafio à superação da ideia da agressividade restrita ao homem e da imagem materna como ser generoso, incapaz de causar danos aos filhos.

Na relação entre casais, a presente investigação identificou, como outros estudos[17,29,34], o predomínio do homem no papel de agressor e da mulher no papel da vítima – "aqui também tem muito homem batendo em mulher" (HV), "a minha tia… ela casou com um rapaz… e depois que eles casaram ele começou a bater nela […]" (MJ). Porém, há outra face, menos frequente e pouco reconhecida, da violência conjugal, em que a mulher aparece como agressora do seu companheiro, "tanto tá tendo violência da mulher contra o homem, quanto do homem contra a mulher" (HC), casos estes de conhecimento deles: "Eu conheço uma mulher que dá varada no homem" (MV)" ou vividos por eles: "Eu falo que eu posso apanhar, mas ele apanha também. Eu bato nele também, eu bato sem dó… Uma vez assim, que eu tava brigando com o meu marido… eu peguei a tesoura e joguei a tesoura no rosto dele e ele levou 20 pontos […] Sempre mais sou eu que agrido ele" (MJ). Casos assim oferecem perigos adicionais, pois além do risco de desencadearem agressão masculina contra a parceira[27], costumam ser – amparados nas teses de autodefesa feminina – aceitos socialmente, sendo raramente denunciados pelos homens, por estarem aprisionados ao ideário da honra[20]. Esse fato é enfaticamente expressado nos grupos: "os homens têm vergonha de fazer a denúncia e procurar a polícia" (HJ).

Algumas investigações[20,35,36] sobre violência conjugal identificaram os homens e as mulheres como autores e vítimas dos diversos tipos de violência. E taxas de perpetração e vitimização por violência física mais elevadas foram encontradas entre as mulheres. Melo *et al*.[12] identificaram mulheres adolescentes como autoras de agressão física contra homens adolescentes. Rosa *et al*.[27] define a agressão física, verbal ou psicológica da companheira como uma das causas desencadeadoras da agressão masculina contra sua parceira.

Surpreendentemente, os grupos focais, tanto de homens como de mulheres, identificam os traços femininos utilizados para subjugar o homem, por exemplo: a facilidade em usar palavras, a arte da sedução, posses financeiras ou, mesmo, quando há necessidade do uso da força, a manipulação de outros homens para tal fim: "é a questão do poder… No alto escalão tem empresária aí que pode pagar um pra ceifar o outro, matar e no baixo escalão a mulher pode seduzir um cara aí e falar: mata fulano pra mim ou então dá um pau nele pra mim" (HV). Elementos que também contribuem para a magnitude dos números são as "várias mortes de homens que são encomendas de mulheres" (MV) ou, mesmo, por elas cometidas. Como no caso de "uma mulher que tava fazendo sexo com um cara aí, na hora que ela conseguiu tirar o dinheiro do cara, ela deu uma facada na barriga do cara" (HV). A esse respeito, alguns estudos[17,37] encontraram proporções consideráveis de homicídios masculinos envolvendo a autoria das mulheres.

Portanto, mais do que ser coisa de homem ou de mulher, é a lógica de controle nas relações interpessoais que alimenta o cenário de violência, seja no âmbito da vida pública ou privada, sendo sua autoria e vitimização definidas pela possibilidade de exercício de dominação entre os envolvidos. Rosa *et al*.[27] afirmam que, numa organização social desigual, todos são atingidos e tornam-se, ao mesmo tempo, vítimas e autores dos diversos tipos de violência. Enfim, em um mundo assimetricamente organizado, onde todos competem pela posição de dominador, a violência aparece como resultante, sendo consenso entre os participantes que a "violência só vira violência" (MV, HV). Em outras palavras, a explicação da violência não se esgota nas informações estatísticas, nos estereótipos culturais[8,19] ou nas diferenças biológicas entre os sexos[18,38]. Restringir-se a esses níveis seria ignorar a sua complexidade e a sua raiz mais profunda.

Sociabilidade Masculina: Modelo Centrado na Dominação

Olhada à luz da teoria arendtiana, a socialização do homem pode ser interpretada na perspectiva da massificação humana, segundo um modelo dominador e de dominação que se assenta na soberania masculina e na subjugação do outro, contrariando o princípio de igualdade e a condição de liberdade das pessoas. Essa forma de socialização, por sua vez, acaba por reforçar os padrões da moderna dinâmica macrossocial, fundada em relações desiguais. Os homens seriam, então, simultaneamente aprisionados nas condições de agentes e de grandes vítimas de um modelo violento de socialização. Reféns dessas exigências sociais, muitos deles perdem a vida ou tiram a vida de outras pessoas na busca de afirmação de um sexo social[39]. Segundo esse modelo, o "ser macho" – atributo pautado na valentia e na soberania do homem, seja sobre a mulher ou sobre outras pessoas – é o principal requisito para afirmação do "ser homem"[19,20], percepção praticamente unânime dos participantes: "Ser macho é achar

que pode tudo… é achar que é o dono da situação…, então eu sou o machão…, por isso eu bato no cê, eu mato ocê" (HC), porque "o homem é quem manda" (MV).

Tudo que simboliza dominação e proporciona a sensação de coragem, de invulnerabilidade, de aumento da força – como, por exemplo, o álcool ou as armas – dá aos homens a impressão de serem mais homens[19,20], como expressa um participante: "É porque são homens, tipo assim, por causa do motivo que eles tá com revolver, tá com a faca, eles se sente mais homem, aí que acontece as coisas" (HV). Questões que ferem ou ameaçam esses tradicionais atributos masculinos são fatores motivadores do envolvimento dos homens com a violência[18], como ocorre com a suspeita de traição pela mulher, fantasiosa ou de fato, que muito perturba os homens: "Ah, não aceito traição não" (HV), por isso "tem mulher aqui que apanha pra cachorro…" (HV). Nesse cenário, a prática da violência contra a companheira assume caráter punitivo e expressa a maneira de o homem afirmar o domínio sobre a mulher ou demarcar sua propriedade frente aos outros homens[19,20].

Os grupos focais, especificamente os de homens, possibilitaram perceber que o empoderamento da mulher na sociedade moderno-contemporânea tem gerado sofrimento e insegurança aos homens, e isso provavelmente decorre da perda de sua soberania e dos seus espaços de controle[19,20]. Nesse novo cenário das relações humanas, os homens estão confusos e sentem-se ameaçados, fato que se reflete diretamente em suas relações no âmbito social e da família. Na tentativa de resgatarem sua posição de dominador, demarcarem sua propriedade e de exteriorizarem suas angústias, utilizam a violência, que tem sido o instrumento mais atrativo para se tentar resolver conflitos: "se o homem não fizer nada, ele não vai valer nada e aí vai ser violento" (MC). Se, como diz Arendt[22], a posição econômica é definidora da posição social ocupada pelo indivíduo, então, nenhuma surpresa há nas falas que mostram, não sem amargura, a vinculação da condição do homem aos aspectos financeiros:

— "Hoje em dia quem manda realmente é o dinheiro. Cê tem dinheiro, cê tem tudo. Cê tem muié, cê tem carro, cê tem moto, cê grava um CD, cê faz o que ocê quiser com o dinheiro. Entendeu? – E quem não tem? – Não tem nada" (HV).

A impossibilidade de exercer o papel de provedor, como no caso do desemprego ou dos baixos salários, aparece, neste estudo e em outros[27,40], como fator gerador de violência entre casais e de abandono por parte da mulher, denunciando uma relação entre casais muito atrelada ao fator financeiro: o "desemprego afeta muito o casamento" e "gera violência" (HV). Pois quando "o cara… tá trabaindo fichado, bonitinho, a mulher trata o cara igual um príncipe, igual um rei. Agora, quando o cara tá parado, desempregado, a hora mais difícil que a mulher tem que tá do lado do cara… a mulher vai e manda o cara embora, então vira bagunça, vira guerra mesmo, vira violência" (HV). A ideia da parceira é de que o homem tem que "se virar com as despesas de casa" (MV).

Nessa condição, todo obstáculo ao cumprimento das imposições sociais aumenta a vulnerabilidade do homem para o envolvimento com condições violentas, pois na busca

de soluções: “Vai traficar, vai roubar… por isso os homens têm mais facilidade de envolver com as drogas, que é uma maneira mais fácil pra conseguir o dinheiro” (HV). Sem contar a adoção de soluções drásticas, como no caso do suicídio[41]: Se “hoje a gente trabalha e temos um salário de dois mil por mês e chega amanhã você é mandado embora ganhando quinhentos reais no mês, eu botava uma corda no pescoço e me enforco” (HV).

Superação da Violência

A desvalorização da vida aparece nas falas dos participantes como uma das resultantes mais graves da moderna dinâmica social desumana e, consequentemente, violenta: “hoje em dia também a vida do ser humano não tá valendo nada não” (HV), “as pessoas matam os outros e quase sempre fica por isso” (HJ). O isolamento, resultante do medo e da insegurança, aparece como um dos pilares perpetradores e perpetuadores dessa dinâmica social: “Eu fico lá na minha casa com a porta, com esse calorão, porta, janela, tudo trancado. De medo. Quando eu saio lá fora eu saio rapidinho, faço o que eu tenho que fazer e volto pra dentro. Então quando eu escuto um tiro, nosso Deus!” (MV). Ora, o isolamento das pessoas impede a ação política, como diz Arendt[22]: “sem a ação para pôr em movimento no mundo o novo começo de que cada homem é capaz por haver nascido, não há nada que seja novo debaixo do sol”.

Entrelaçada ao isolamento humano tem-se a discriminação, apanágio de um modelo de sociedade massificada, criador de estereótipos sociais ideais e excludentes de quem não os segue: “a maioria da violência é isso também a discriminação… igual eu já fui procurar emprego várias vezes, na hora que fala onde mora, as pessoas não dá emprego, sabe?” (MV) e “às vezes, só porque o cara tá andando de bonezinho, o cara tem uma roupa mais ou menos boa e simples… o pessoal fala: é traficante, é bandido, malandrinho” (HV).

De imediato, este estudo permite reconhecer a degradação do diálogo e a perda dos encontros no espaço público como elementos propulsores da violência, tal como afirma Arendt[22,23]; e, por consequência, o resgate dessa habilidade é o caminho para a superação da violência[42]: “feliz do homem que acha que dá pra resolver na conversa e resolve” (HC), “eu acho que as pessoas têm que se respeitar mais, conversar mais”, para “chegar num acordo, afinal o acordo serve pra gerar harmonia” (MJ). Tal iniciativa implica mudanças amplas das relações sociais e das construções de sexo, cujo início, porém, pode ser aqui e agora, à disposição de cada um. Pois é no dia a dia que se engendra a violência e que se engendra, também, a possibilidade de sua superação, a partir da relação dialética de singularidade e pluralidade, que faz nascer e renascer incessantemente nossas esperanças de relações humanas mais igualitárias, germinadas na inquebrantável certeza, honrosamente compartilhada com Hannah Arendt[22,23], de que “ser homem é uma coisa muito sublime, não é só ser macho não, não, ser macho é muito pouco, qualquer vagabundo é” (HC).

Considerações Finais

Tanto os homens quanto as mulheres foram identificados pelo estudo como sujeitos vulneráveis ao envolvimento com a violência e as relações desiguais de dominação ditando a forma do envolvimento de cada um. A vulnerabilidade dos homens é agravada por sua socialização, que os condiciona à posição de dominador, institui a violência como um atributo próprio da sua natureza e os aprisiona na condição de vítimas e autores de violência. Essa condição, por sua vez, reforça os padrões da moderna dinâmica macrossocial de dominação. A superação dessa condição, assim como de qualquer relação de dominação, passaria pelo resgate da ação política descrita por Hannah Arendt, ou seja, pelo resgate da palavra viva e da ação vivida. Estas são fontes do poder legítimo, que além de preservarem os espaços públicos de revelação entre os sujeitos, tornam os seres humanos não apenas inteligíveis entre si, mas sujeitos livres e autônomos e, portanto, capazes de construir uma nova ordem no mundo. Assim, será possível remodelar masculinidades mais flexíveis, saudáveis e pautadas no estabelecimento de relações mais igualitárias dos homens com seus pares e o sexo oposto.

Os dados desta investigação problematizam a importante questão de ser a violência um dos principais agravos para a saúde do homem e revelam, ao buscarem raízes mais profundas do fenômeno, importantes elementos contextuais explicativos dessa estreita relação. Espera-se, com isso, contribuir para o seu melhor entendimento e somar força às inúmeras iniciativas que buscam melhores intervenções com vistas à superação do problema.

É importante destacar a limitação própria da metodologia qualitativa de não permitir a extrapolação dos resultados para outras populações, além da estudada. Por outro lado, o cuidado em organizar os grupos focais por sexo e faixa etária permitiu apreender diversos olhares, evitar absolutizações e produzir conhecimento objetivo sobre o tema.

Referências

1. Tong SF et al. Profile of men's health in Malaysia: problems and challenges. *Asian J Androl.* 2011; 13(4):526-33.
2. United Nations. *World population ageing 2009.* New York: Department of Economic and Social, Affairs Population Division; 2010.
3. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.*Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5):901-11.
4. Laurenti R et al. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cienc Saúde Colet.* 2005; 10(1):35-46.
5. Meryn S, Jadad A. The future of men and their health: are men in danger of extinction? *Br Med J.* 2001; 323(7320):1013-4.
6. World Health Organization. *Boys in the picture*. Geneva: WHO; 2000.
7. Smith JA, Robertson S. Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK? *Health Promot Int*. 2008; 23(3):283-9.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.
9. Brasil. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.944*, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: MS; 2009b.
10. Couto MT et al. Homens na atenção primária: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface; *Comunic. Saúde Educ.* 2010; 14(33):257-70.
11. World Health Organization. *Violence prevention*: the evidence. Geneva: WHO; 2010a.
12. Melo EM et al. Eles morrem mais do que elas. Por quê? *Rev Med Minas Gerais.* 2008; 18(4):S12-8.
13. World Health Organization. *Injuries and violence*: the facts. Geneva: WHO; 2010b.
14. United Nations Office On Drugs And Crime. *2011 Global study on homicide*: trends, contexts, data. Viena: UNODC; 2011.
15. Brasil. Datasus, 2009. [Acesso em: 18 nov. 2011]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em: 18 nov. 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.
17. Krug EG et al. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
18. Carrington K et al. Globalization, frontier masculinities and violence: booze, blokes and brawls. *Br J Criminol*. 2010; 50(3):393-413.
19. Nascimento EF et al. Violência é coisa de homem? A "naturalização" da violência nas falas de homens jovens. *Cienc Saúde Colet*. 2009; 14(4):1151-7.
20. Alvim SF, Souza L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicol Teor Prat.* 2005; 7(2):171-206.
21. Schraiber LB et al. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(1):7-17.
22. Arendt H. *A condição humana*. [Trad. Roberto Raposo]. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
23. Arendt H. *Sobre a violência*. [Trad. André Duarte]. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará; 1994.
24. Ribeirão das Neves. Prefeitura Municipal. Superintendência de Controle, Avaliação e Desenvolvimento da Qualidade e Superintendência de Administração. *Plano municipal de saúde 2008-2011*. Rio das Neves: Prefeitura Municipal; 2008.
25. Habermas J. *Between facts and norms, contributions to a discourse theory of law and democracy*. Cambridge: The MIT Press; 1996.
26. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
27. Rosa AG et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor de violência. *Saude Soc*. 2008; 17(3):152-60.
28. Horkheimer M, Adorno T. *Conceito de iluminismo*. São Paulo: Abril Cultural; 1975. (Coleção os Pensadores, v.48).
29. Caldas JMP, Gessolo KM. Violencia de género: nuevas realidades y nuevos retos. *Saúde Soc.* 2008; 17(3):161-70.
30. Sapi MC et al. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr.* 2009; 85(5):433-7.
31. Brito AMM et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(1):143-9.

32. Barbosa PZE, Pegoraro RF. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde Soc.* 2008; 17(3):77-89.
33. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14(6):17-25.
34. Prosman GJ et al. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Fam Pract Int J.* 2011; 28(3):267-71.
35. Zaleski M et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(1):53-9.
36. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2000; 126(5):651-80.
37. Wilson M, Daly M. Who kills whom in spouse killings? On the exceptional sex ratio of spousal homicides in the United States. *Criminology*. 1992; 30(2):189-215.
38. Imura CP, Silveira AM. Como explicar a violência. In: Melo EM. (Org.). *Podemos prevenir a violência*: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2010; p.25-50.
39. Diniz NMF et al. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37(2):81-8.
40. Krishnan S et al. Do changes in spousal employment status lead to domestic violence? Insights from a prospective study in Bangalore, India. *Soc Sci Med.* 2010; 70(1):136-43. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.026.
41. Cleary A. Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. Soc*. Sci. Med*. 2012; 74(4):498-505.
42. Melo EM et al. A violência rompendo interações: as interações superando a violência. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7(1):89-98.

SEÇÃO IV

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Capítulo 23

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS

Alberto Feliciano Macaia
André José Maria Chimuco
Antônio Leite Alves Radicchi
Francisco Panadés Rubió
Horácio Pereira de Faria

Introdução

Angola atravessa importante período da sua história, marcado pelo alinhamento do seu mosaico sociopolítico, econômico e cultural, depois de séculos de uma vivência amarga iniciada desde a era dos legendários reis que marcaram a história de resistência à ocupação estrangeira, passando pelo período caracterizado pela influência desastrosa do fenômeno da Guerra Fria, até a mais recente epopeia representada pela guerra civil, que teve final em 2002 e trouxe consigo um balanço extremamente negativo[1,2], cujas consequências determinam ainda, nos dias de hoje, o *status* social da maioria dos angolanos. Um olhar sobre os indicadores demográficos do país permite compreender a necessidade de uma sociedade que tem muito a trabalhar para conquistar o seu desenvolvimento.

Antiga colônia de Portugal, independente desde 1975, Angola tem 25.789.024 habitantes, com densidade populacional de 20,7 hab/km^2, sendo Luanda, a capital do país, com 27% dessa população. Sua divisão administrativa inclui 18 províncias e 163 municípios. Considerado o segundo maior produtor de petróleo da África subsaariana e o quarto maior produtor mundial de diamantes, o país tem economia crescente, onde o petróleo representa 88% das exportações de bens e serviços e 54% do PIB do país. Em 2010, o

PIB foi de US$ 82,5 bilhões, com crescimento médio ao redor dos 3% entre os anos de 2009 e 2011 e previsões de alcançar taxas acima de 6% no período 2012-2015[3]. O Rendimento Nacional Bruto (RNB) *per capita* é de US$ 4.812 em 2012, mas o país situa-se no grupo dos países com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – 0,508, ocupando a 148ª posição no *ranking* mundial, numa lista de 173 países, e apresenta Índice de Gini de 0,55[4]. A estrutura social dos angolanos é caraterizada por pobreza extrema, que afeta 37% da população, elevados níveis de mortalidade, disseminação de doenças, sobretudo as transmissíveis, destacando-se, entre outras, malária, tuberculose, HIV/SIDA[5-6], baixos níveis de escolaridade e baixos níveis de expectativa de vida ao nascer. O rápido e desordenado processo de urbanização tem agravado ainda mais as precárias condições de vida nos centros urbanos, refletidas nos indicadores mencionados.

A guerra civil deixou como herança vastas áreas agricultu̇ráveis comprometidas pela existência de minas terrestres. Em decorrência, a agricultura foi reduzida ao padrão de autossubsistência. Atualmente, o país ainda é muito dependente da importação de alimentos, embora se comece a resgistrar alguns avanços da produção nacional. De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 2013-2017[7], o crescimento decorre da perspectiva de aceleração da atividade econômica e do desenvolvimento territorial, induzidos pelos investimentos públicos na infraestrutura econômica e social. Esses investimentos têm garantido o relançamento da agricultura, da indústria e dos serviços para a diversificação da economia do país, propiciando o aumento do emprego e a crescente substituição da importação dos bens básicos de consumo da população, um processo que deverá contar também com maior inclusão do setor privado[7-8].

O Sistema Nacional de Saúde (SNS), coordenado pelo Ministério da Saúde, foi criado após a independência e, embora fortemente influenciado pelo modelo hegemônico flexneriano, observava-se, até 1992, os princípios de universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde (medicina socializada), exclusivamente prestados pelo Estado. A inclusão da iniciativa privada proporcionou nova dinâmica na prestação dos serviços de saúde às populações[9]. A situação precária de saúde, hoje, no país, impõe a necessidade de uma reforma sanitária. Essa reforma iniciou em 2007 e visa à reorientação do SNS, como aposta do governo na estratégia da descentralização e municipalização dos serviços, primando pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (ANGOLA, 2008b; ANGOLA 2008c)[10-11].

Os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas (SSFAA), como subsistema do SNS, seguem o mesmo processo e estão enquadrados em amplo processo de restruturação e modernização de todas as Forças Armadas Angolanas (FAA). Esse fato traduz-se pela ampliação do escopo de sua atuação, em tempo de paz, observando-se a formação e qualificação dos seus profissionais e o desenvolvimento de novos projetos e programas de saúde para fazer face aos desafios do contexto atual de desenvolvimento das FAA e do país em geral. O subsistema de saúde das FAA depara-se com problemas

de origem estrutural, já que na sua concepção original, decorrida em tempo de guerra, o seu objeto fundamental era o combatente ferido que deveria ser resgatado do campo de batalha, assistido e recuperado para posteriormente retomar as suas atividades ou ser submetido à avaliação de incapacidade. No momento atual de paz, embora a doutrina preserve sua natureza, o figurino da missão dos SSFAA adapta-se ao contexto, convergindo com os objetivos do SNS, ao qual cabe otimizar a saúde da população por meio do estado mais avançado do conhecimento sobre as causas da sua alteração. Para tanto, há que se desenvolver ou melhorar competências e adequar cada vez mais as estruturas, imprimindo novas dinâmicas do processo de trabalho em saúde.

A atenção integral à saúde é o foco principal, tendo a promoção da saúde papel de destaque, por constituir um dos pilares da Atenção Primária, em oposição ao seu *status* em Angola, notadamente negligenciada e sem investimentos significativos. A própria condição de vida é permanentemente ameaçada no país, se se considerar a precariedade de situações de toda espécie, concernentes ao meio ambiente, alimentação, moradia, trabalho, etc., que coloca em risco a vida das populações e, obviamente, sendo também consequência da guerra.

A histórica necessidade de descentralizar as ações de saúde dos centros hospitalares para as unidades periféricas criando mais responsabilização dessas unidades para com a população adstrita favorece mais aproximação entre as comunidades e o sistema de saúde. Esse vínculo é estabelecido com a atividade das equipes de saúde, com destaque para a figura e o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS), que devem fazer parte dessas equipes. Esse profissional, como acontece em vários países, cumpre o importante papel de auxiliar o sistema de saúde, servindo de elo entre a equipe de saúde, as famílias e a sua comunidade, participando na operacionalização das ações de prevenção, promoção e assistência (STARFIELD, 2002)[12]. Sua introdução na prática de saúde militar poderá gerar frutos importantes no âmbito da comunidade militar, não só nos serviços de saúde ou de seus profissionais, mas também na participação de todos os atores envolvidos e suas famílias. Ou seja, aqueles que exercem importante papel para o acondicionamento dos *determinantes sociais* nos quartéis e outros locais onde residem os militares e suas famílias. Ressaltam-se os órgãos que compõem a estrutura dos comandos dos três níveis hierárquicos das FAAs[a], incluindo outros setores do Estado.

A implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) traz de forma articulada a implementação do módulo do Sistema de Informação da Atenção

a A estrutura organizacional das FAAs integra três níveis hierárquicos de Comando: o Estado Maior General, os ramos (Exército, Força Aérea e Marinha de Guerra) e as regiões que podem ser militares/aéreas/marítimas, de acordo com o respectivo ramo. Na sua composição, cada nível possui órgãos de armas e serviços (operações, planejamento, pessoal e quadros, finanças, logística, engenharia, armamento e técnica, educação patriótica, saúde, guerra psicológica, inteligência, saúde, entre outros), que garantem as condições de promoção da saúde, ou seja, os determinantes sociais.

Primária à Saúde (SIAPS), voltado para atividades dos agentes comunitarios de saúde, que garante as informações necessárias sobre o monitoramento e avaliação do PACS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Sistema de Informação em Saúde (SIS) como instrumento complexo e composto pelas etapas de coleta dos dados, processamento, análise e transmissão da informação necessária, com vista à gestão dos serviços de saúde, promovendo a organização, a operacionalização e a produção de informações[13].

Os sistemas de informação em saúde têm apresentado, ao longo do tempo, mudanças tecnológicas, conceituais e de métodos para coleta, armazenamento, análise e disseminação da informação, para que seja utilizada da melhor maneira por diferentes públicos – gestores, acadêmicos e sociedade em geral[12]. Nos próximos anos prevê-se a introdução de tecnologias de informação e comunicação para as organizações de saúde, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações e auxiliando os gestores da saúde a lidarem com os problemas de saúde das comunidades. Grande número de artigos acadêmicos e relatórios de agências têm argumentado que as tecnologias de informação podem contribuir representativamente para a melhoria do desempenho do setor saúde nos países em desenvolvimento[14,15]. No entanto, algumas experiências de implementação do SIS têm apresentado resultados insatisfatórios por razões de discrepância entre o contexto da concepção das tecnologias e o contexto do local da sua aplicação, cujas realidades diferem significativamente[16].

O debate sobre a introdução das tecnologias de informação nos SIS dos países em desenvolvimento vem a propósito da tendência do incremento do volume de dados que tem provocado desgaste dos trabalhadores da saúde responsáveis pelo seu manejo. Por outro lado, é necessário ter em conta a carência em recursos humanos e materiais, que podem intensificar a complexidade da aplicação dessas tecnologias de informação nos países em desenvolvimento[17]. Diferenças nos sistemas de informação, identificadas entre os países, correspondem às experiências dos processos históricos, às características das instituições e às necessidades dos sistemas de atenção. Logo, esses sistemas de informação dos serviços de saúde não podem ser implantados sem considerar essas realidades enunciadas[18]. O objetivo deste artigo é descrever a experiência de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o respectivo sistema de informação em Módulo PACS, como instrumento necessário ao monitoramento e avaliação do trabalho dos agentes comunitários, em quatro unidades de atenção primária que fazem parte do dispositivo sanitário dos SSFAA.

Metodologia

Trata-se de projeto de intervenção desenvolvido segundo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES)[19], abordagem voltada para o enfrentamento de problemas de ordem social complexa desenvolvida por Carlos Matus, de nacionalidade

chilena, ex-Ministro da Economia do governo de Salvador Allende, no período de 1970-1973. O PES tem no seu enfoque o reconhecimento da complexidade, fragmentação e incerteza que caracterizam os processos sociais, próprias de um sistema de final aberto e probabilístico, em que os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartido. Ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis ou recursos envolvidos na situação. O planejamento é situacional porque trata de uma situação que se caracteriza por constantes mutações. Nesse ambiente, o PES permite elaborar o plano dentro do contexto dinâmico da realidade social[20]. Matus, ao conceber tal proposta de planejamento, mostra-se atento ao dinamismo e à mutabilidade da vida econômica, política e social. Nesse sentido, deve-se destacar que o PES se identifica com a realidade e gira em torno de problemas, podendo ser reatualizado[21].

O PES se estrutura em quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional[22]. Ao romper com a ideia de etapas sequenciais do planejamento normativo, a noção de momento indica que essas "etapas" se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, em que apenas há o predomínio de um momento sobre o outro[23-24]. A divisão do processo de planejamento em momentos que se desenvolvem simultaneamente e não em etapas rígidas assim como o desafio de lidar com os conflitos entre os atores envolvidos frente a um problema concreto em espaço e tempo definidos são marcas fundamentais que diferem o PES do planejamento normativo. A escolha desse método justifica-se na medida em que a implantação do projeto acontece num cenário complexo, de conflitos, de dificuldades e de indefinições, onde não se tem o controle de todas as variáveis, ou seja, não existe governabilidade sobre todos os recursos necessários, sejam eles humanos, materiais, financeiros, políticos etc.

Em primeiro lugar, foram identificados os pontos críticos que constituem os problemas fundamentais dos serviços; a partir desses pontos críticos, desenhou-se o Plano Geral de Ações, contemplando a negociação política e a parte técnico-operacional.

Para as FAA, uma Região Militar (RM) abrange um espaço geográfico delimitado, com dependência administrativa e operacional de um comando que possui várias armas e serviços, incluindo os serviços de saúde. Existem seis Regiões Militares distribuídas no espaço geográfico de Angola: Região Militar Cabinda (RMCa), Região Militar Norte (RMN), Região Militar Luanda (RMLda), Região Militar Centro (RMC), Região Militar Leste (RML) e Região Militar Sul (RMS). Para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi escolhida a RMS, por ser a que reúne os critérios adotados, a saber: mais governabilidade sobre os recursos disponibilizados, baixos custos e facilidades logísticas. Outro motivo foi porque essa Região tem unidades militares dos três ramos da FAA, a saber: o Exército, a Força Aérea e a Marinha. Essa Região inclui as Províncias da Huíla, Namibe, Cunene e Cuando Cubango, possuindo um comando localizado na cidade do Lubango, capital da Província da Huíla. Foram incluídas no

projeto quatro unidades/comunidades militares, com população de 4.484 pessoas: 60ª Brigada de Infantaria Motorizada (60ª BIM) pertencente à 6ª Divisão do Exército (6ª DE) da RMS; 61ª Brigada de Infantaria Motorizada (61ª BIM) pertencente à 6ª DE da RMS; Regimento Aéreo de Caças (RAC) do Lubango pertencente à Região Aérea Sul (RAS) da Força Aérea Nacional (FAN); Base Naval do Namibe (BNN) pertencente à Região Naval Sul (RNS) da Marinha de Guerra Angolana (MGA).

Foram realizadas reuniões e oficinas de trabalho, assim como encaminhamentos de natureza política e técnica, correspondentes ao desenvolvimento dos momentos estratégico e normativo do PES e que tiveram como resultado a aprovação da proposta do projeto pelas Chefias das Forças Armadas Angolanas.

Desenvolvimento da Proposta

Viabilização política do projeto

O presente trabalho é fruto de atividades desenvolvidas a partir do Acordo de Cooperação Cultural e Científica entre a República de Angola e República do Brasil, a partir do Pró-Angola, que se insere no programa de formação de profissionais levado a cabo pelo governo de Angola como condição necessária ao processo de desenvolvimento da sociedade angolana. Antes de ser submetido ao processo de seleção para o Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional – de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, o projeto foi submetido às autoridades das FAA para avaliar sua pertinência.

O foco principal das reuniões realizadas com os vários setores das FAA foi a apresentação do projeto, procurando evidenciar a importância do mesmo e buscando o entendimento dos distintos atores, principalmente em se tratando de uma inovação nos Serviços de Saúde Militar. Nos encontros realizados com o Chefe da Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas-DSS/EMG-FAA, além da preocupação da abordagem detalhada do projeto, sobretudo quanto aos objetivos a alcançar e o impacto do PACS na saúde das tropas, foi importante também a discussão relativa à viabilidade do projeto. Nesse âmbito, impunha-se a condição da sustentabilidade do projeto, que de início não foi garantida pelo Chefe dos SSFAA, embora tivesse o apoio moral e institucional. Estrategicamente, foi necessário estabelecer diligências até o mais alto nível da hierarquia militar, tendo-se remetido em 07/03/13 ao CDSS/EMGFAA uma exposição/ solicitação, servindo de base ao Ofício nº 353/5.01/DSS/GC/EMG/13 de 27/03/13, deferido pela autoridade máxima das FAAs, o Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas (CEMGFAA), como consta em Nota nº 01808/GAB. CEMGFAA/00.35/03/2013. Esse desfecho, teoricamente, garantia que estavam criadas as condições para a operacionalização do projeto (Figura 23.1).

FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS
ESTADO-MAIOR GENERAL

GABINETE DO CHEFE DO ESTADO-MAIOR GENERAL

AO
- CHEFE DA DSS/EMG
- CHEFE DA DIRECÇÃO DE ADM. E FINANÇAS DO EMG

LUANDA

NOTA Nº 01808 /GAB.CEMGFAA/00.35/03/2013

Os nossos melhores cumprimentos.

Incumbe-nos Sua Excelência General de Exército, CEMGFAA, de remeter a **Nota nº 353/5.01/DSS/GC/EMG/13,** datada de 27 de Março, procedente da Direcção dos Serviços de Saúde do EMG, em conformidade com o seu Despacho exarado a respeito, cujo teor se segue:

DESPACHO:
"AO
CHEFE DA DSS.EMG E DAF.EMG.
C/C: CHEFE DA DPPTE.EMG E GICI.EMG
AUTORIZO.
ASS: O CEMGFAA
GEN.EXE.
27.03.13"
.....Está Conforme.....

GABINETE DO CHEFE DO ESTADO-MAIOR GENERAL DAS FAA, EM LUANDA, A 27 DE MARÇO DE 2013. –

O CHEFE DO GABINETE
JOSÉ MORAIS PAULO
TENENTE-GENERAL

C/C:
- CHEFE DA DPPTE.EMG
- GICI.EMG

Figura 23.1. Aprovação do Programa de Agentes Comunitários do Sistema de Saúde/FAA.

Turnock[25] defende que:

Os decisores políticos são atores essenciais não só porque controlam variáveis importantes como os recursos, mas porque os serviços de saúde pública, pela sua natureza, dependem do poder político. A natureza política da Saúde Pública propicia conflitualidades com o poder político de que dependem os seus serviços, quando estes identificam necessidades de saúde e tornam, desta forma, os indivíduos e as comunidades mais conscientes dessas mesmas necessidades.

A par do esforço empreendido na busca do financiamento, foi necessário divulgar o projeto para mais atores e, sobretudo, para os gestores e outros responsáveis pelos

serviços. Em 08/03/2013 foi realizada uma apresentação alargada de esclarecimento com a participação do *staff* principal dos SSFAAs. Essa ação foi extensiva para outras áreas do EMGFAA, das Direções de Saúde dos Ramos, dos Comandos das RMS/RAS/RNS e suas repartições de saúde, assim como nas próprias unidades selecionadas para o estudo. A divulgação do projeto constituiu uma importante oportunidade para informar os atores e prevenir possíveis constrangimentos na operacionalização do mesmo. Por outro lado, assinala-se a sua divulgação em rede nacional do programa radiofônico das FAA "*a vôz do combatente*". Os Comandantes das RMs foram instruídos no sentido de apoiar a execução das ações do projeto nas respectivas unidades.

Quanto a RMS, RAS e RNS, o primeiro contato com os Comandantes das Unidades e Chefes das Repartições de Saúde foi realizado no mês de maio de 2013, quando da apresentação do projeto.

Viabilização financeira do projeto

Uma vez aprovado o projeto, a execução das operações contidas no Plano Geral de Ações ficou dependendo da liberação dos recursos que foram sendo repassados de forma faseada. Várias dificuldades marcaram o momento de liberação desses recursos para o cumprimento das diferentes fases do projeto, isto é, para as ações de formação ou capacitação dos oficiais, dos formadores dos ACS e a implementação de outras atividades previstas. Dos vários contatos feitos com o Órgão de Finanças do EMG, constatou-se indisponibilidade financeira em decorrência da crise financeira global ressentida pelo Ministério das Finanças. Esse fato influenciou negativamente a prossecução das ações do projeto, não permitindo, às vezes, o cumprimento dos *timings* estabelecidos, pelo que foi necessário recorrer a alternativas de financiamentos. Relembrando Matus[19], "nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação. Portanto, o cenário de atuação vai se modificando em função da dinâmica do processo, uma vez que está garantida mais governabilidade na atuação do ator". Apesar das dificuldades, foram disponibilizados 59,7% do total de recursos solicitados, que serviram para a aquisição dos meios técnicos e logísticos que têm sido utilizados para as ações de formação e para cobrir outros encargos inerentes à implantação do projeto, tais como a reprodução dos instrumentos de trabalho, a mobilidade para as unidades, etc.

Viabilização técnica do projeto: implantação do programa de agentes comunitários

Para coordenar todo o processo de definição dos aspectos técnicos relacionados à implantação/implementação do projeto, foi criado um grupo de trabalho constituído por oficiais superiores e responsáveis de algumas repartições da DSS/EMGFAA e da RMS. Na concepção desse projeto, considerou-se um dos fatores-chave, a existência nos

serviços de considerável número de profissionais de base, denominados sanitários, sem formação técnica, que se tornaram um excedente desocupado após o final do conflito armado. E sendo pessoal vinculado aos SSFAAs como efetivos ativos, os sanitários constituiriam aposta segura para os propósitos desse projeto. Não foi necessário realizar recrutamento de novos recursos humanos para esse fim. O desafio consistiu em capacitar esses profissionais para assumir o papel de ACS.

O Quadro 23.1 mostra o desenho das operações do plano de ação para implantação do PACS, que teve por referência os problemas identificados como nós críticos: deficiente conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre Atenção Primária de Saúde (APS) e pouca divulgação dessa política nos serviços; inexistência institucional dos ACS no SNS; necessidade de formação dos profissionais em matéria de APS, assim como a necessidade de formação e capacitação dos ACS. Os recursos humanos responsáveis pelas diferentes operações foram os professores e mestrandos da UFMG, o grupo de trabalho, os formadores de ACS e os ACS. Foram utilizados recursos: financeiros, audiovisuais e de informática, didáticos, instrumentos e protocolos do Programa de ACS, guias e bibliografia.

Algumas indagações estiveram na base da formulação desse projeto: *que papel os agentes comunitários militares iriam desempenhar no meio militar? Que atribuições e competências teriam para o sucesso do seu trabalho? Como prepará-los para o desenvolvimento das ações?* A inclusão, nesse projeto, de processos de formação e capacitação, por meio de oficinas/seminários, encontros ou outras formas de interação, visaram precisamente responder a tais questões, sendo esse um dos passos mais importantes deste trabalho.

As ações de formação foram dirigidas a grupos específicos. Na primeira fase, realizaram-se duas oficinas conduzidas pelos professores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e orientadores do projeto. Uma delas foi voltada para a capacitação dos Oficiais Seniores dos Serviços (Oficiais Generais e Superiores dos SSFAAs que exercem cargos de chefia das Direções de Saúde do EMG e dos três ramos das FAAs), realizada na DSS/EMG, tendo congregado 18 dos 32 Oficiais convocados, além de convidados. Essa oficina teve como objetivo refletir e sensibilizar os Oficiais sobre a importância da APS, com destaque para o papel dos ACS nos serviços, procurando promover sua conscientização e o envolvimento na compreensão da necessidade de mudanças gradativas, inclusive a modificação de atitudes no âmbito do processo de trabalho. Essa oficina teve duração de dois dias e o conjunto de participantes era formado por profissionais de diferentes categorias, como médicos, farmacêuticos, educadores sociais, estatísticos, distinguindo-se civis e militares que ostentam os graus militares de Oficiais Generais, Superiores e Capitães. Não participaram os Oficiais da DSS/Exército, ramo das FAAs com mais representatividade de efetivos militares, ausência que foi percebida com preocupação, tendo motivado a realização de encontros posteriores. Nessa oficina foi igualmente abordada a discussão relevante ao sistema de informação da APS.

Quadro 23.1. Desenho das operações do Plano de Ação

Atividade	Participantes	Resultados
Preparar oficina sobre APS	Mestrandos e Prof. UFMG	Programa da oficina elaborado
Preparar oficina de formação de formadores do ACS	Mestrandos e Prof. UFMG	Programa da oficina para formação de formadores elaborado
Realizar oficina sobre APS	Oficiais seniores SSFAA	Oficiais seniores participam da oficina em Luanda
Realizar oficinas de formação de formadores do ACS	Profissionais de saúde das unidades selecionadas	Formados 15 formadores na RMS
Preparar instrumentos de trabalho do ACS	Grupo de trabalho	Elaboradas: ficha de cadastro do militar; ficha de cadastro da família do militar; ficha de registro de doentes (tubérculos, hipertensão, diabetes e gestante); ficha de relatório e apostila para o ACS
Realizar a primeira oficina de capacitação dos ACS	Profissionais selecionados das Unidades	61 ACS de 4 unidades capacitados: 60ª BIM (19); 61ª BIM (29); RACL (6) e BNN (7)
Realizar a segunda oficina de capacitação dos ACS	Profissionais selecionados das Unidades	61 ACS de 4 unidades capacitados: 60ª BIM (19); 61ª BIM (29); RACL (6) e BNN (7)
Realizar a terceira oficina de capacitação dos ACS	Profissionais selecionados das Unidades	61 ACS de 4 unidades capacitados: 60ª BIM (19); 61ª BIM (29); RACL (6) e BNN (7)
Realizar a quarta oficina de capacitação dos ACS	Profissionais selecionados das Unidades	61 ACS de 4 unidades capacitados: 60ª BIM (19); 61ª BIM (29); RACL (6) e BNN (7)
Implementar os trabalhos do ACS	ACS	Mapeamento das microáreas e o cadastramento dos militares e familiares
Realizar o monitoramento e a avaliação dos trabalhos do ACS	Grupo de trabalho	Atividade contínua: acompanhamento semestral dos trabalhos do ACS
Fazer avaliação inicial	Mestrando	Realizado: realizados 3 encontros com os gestores, ACS e comunidade
Fazer análise e avaliação final do Projeto	Mestrando	Em aberto
Elaborar relatórios	2 Mestrandos	Elaborado o relatório da 1a fase de formação

A outra oficina, de capacitação de formadores dos ACS, abordou os temas sobre o papel do ACS na APS, as atividades desenvolvidas por eles e seus instrumentos de trabalho, especialmente o cadastramento e a visita domiciliar. A oficina realizada entre cinco e sete de junho de 2013, na cidade de Lubango, contou com a participação de 15 profissionais pertencentes às quatro unidades de saúde selecionadas. As exigências para participação foram: ter nível de escolaridade igual ou superior à 12ª classe, ser profissional de saúde, ter interesse em participar. Os participantes eram oficiais com funções relevantes nas seções dos serviços de saúde das unidades, estatísticos das repartições de saúde, enfermeiros das unidades militares e trabalhadores civis. Foram administradas aulas teóricas e práticas, expositivas, com participação ativa e discussão aberta. Utilizou-se o método de trabalho em grupo, que permitiu mais interação dos participantes. Realizaram-se duas das quatro fases de formação dos ACS, tendo-se cumprido 128 horas de aulas nas quatro unidades, considerando-se oito horas por cada dia de aula; foram formados 61 ACS, entre os quais 23 foram selecionados para exercerem as atividades nas unidades.

Segundo a experiência brasileira, a equipe de saúde da família (ESF), na sua área de abrangência, comporta sob sua responsabilidade 2.400 a 4.500 pessoas, sendo que cada ACS é responsável pelo acompanhamento de uma microárea (espaço delimitado com a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária, onde residem 400 a 750 pessoas, em média 80 a 150 famílias na zona urbana e 280 a 320 quando se trata de zona rural (BRASIL, 2009; CORBO, 2007; SANTOS, 2006)[26-28].

Nas FAA, a Companhia Médica da Brigada (CMB) é a unidade responsável pelas ações da APS dirigidas para a população militar da Brigada, estimada em 1.500 a 2.500 efetivos[29]. Na sua composição, a CMB deve ter 144 profissionais, dos quais 37 pertencem ao Posto Médico da Brigada. A área de abrangência da equipe de saúde da CMB não se limita apenas ao território da Brigada, mas estende-se à área adjacente, abarcando a população civil, onde muitas vezes residem os familiares desses militares. A brigada é uma estrutura constituída por batalhões e subunidades complementares. Para esse projeto convencionou-se considerar por microárea o espaço territorial de jurisdição do ACS onde se circunscrevem o batalhão e os domicílios de militares que possuem famílias, pertencentes a esse batalhão, em que cada ACS irá cobrir 250-700 militares e suas respectivas famílias.

Durante o processo de formação, os ACS foram instruídos a elaborar um plano de trabalho mensal, a ser cumprido de forma obrigatória, e produzir um relatório a ser encaminhado para os coordenadores das equipes ou supervisores. Depois do processo de formação, seguiu-se a fase do mapeamento das microáreas, com o início do processo de cadastramento, que levou mais tempo, devido à realização do censo populacional e habitacional que ocorreu em toda a extensão territorial do país. As fichas

de cadastramento utilizadas propiciam o levantamento de dados individuais e coletivos a serem lançados em base de dados para posterior análise e, assim, geram o conhecimento da situação sanitária das microáreas e das condições de vida dos militares e suas famílias a serem acompanhados. O conhecimento assim produzido deverá subsidiar – como orientam as diretrizes do Programa de ACS – a definição de problemas prioritários de saúde da área de abrangência. Terminada a fase de mapeamento da microárea, segue-se a etapa do cumprimento do plano de visitas domiciliares para o acompanhamento dos militares e suas famílias. Outra tarefa importante será o início das ações de promoção e prevenção centradas numa primeira fase em ações educativas que têm como objetivo contribuir para a mudança positiva de hábitos e atitudes e a melhoria da qualidade de vida da população militar, por meio do exercício do diálogo com as comunidades e do saber escutar, seguindo o ensinamento de Paulo Freire, segundo o qual ˝ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção˝ [30].

A implantação do SIAPS/PACS

Os Quadros 23.2 e 23.3, sintetizam o caminho construído pelo grupo de trabalho, objetivando a construção e implantação do módulo PACS/SIAPS, numa perspectiva participativa e considerando, em cada momento, o contexto e a viabilidade de cada passo.

A responsabilidade pelo desenvolvimento das oito operações ficou a cargo dos mestrandos e do grupo de trabalho. As operações de definição dos instrumentos de coleta de dados, a definição do fluxo de informação e o processamento de dados foram cumpridos dentro dos prazos estipulados. Essas operações, desde o início, tiveram a aprovação da DSS/EMGFAA, um fator que facilitou a sua execução sem sobressaltos. Em relação à operação de desenvolvimento dos indicadores de monitoramento e avaliação, foi elaborada uma planilha contendo um elenco de indicadores e encaminhada à DSS para aprovação.

Quanto à operação inerente ao desenvolvimento do plano de análise dos dados e relatórios, a ser submetida à aprovação do DSS/EMGFAA, há ainda indefinição sobre o ator a quem caberá a sua atribuição, o nível central, o nível da Repartição dos Serviços de Saúde (RSS) de Região Militar ou, ainda, o nível das unidades. A operação de garantia do suporte tecnológico para o PACS/SIAPS e a de capacitação dos seus respectivos operadores aguardam para serem executadas em virtude da indisponibilidade financeira.

Quadro 23.2. Desenho das operações

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultado esperado	Produtos esperados	Recursos necessários
Desenho do processo de produção da informação do PACS/ SIAPS	Definição dos indicadores de monitoramento e avaliação	Indicadores definidos	Planilha com indicadores em uso	• Políticos – concordância da DSS/ EMG em relação à proposta elaborada pelo grupo de trabalho; • Cognitivos – conhecimento sobre o assunto
	Definição do conteúdo dos instrumentos de coleta	Conteúdo definido. Fichas definidas.	Ficha de cadastro familiar e ficha de acompanhamento de condições prioritárias disponíveis	Idem
	Definição do processamento dos dados	Novo modelo definido	Definido o processamento de dados	Idem
	Definição do plano de análise dos dados e dos relatórios	Plano de análise e relatório definidos	Plano de análise e o modelo de relatório definidos	Idem
	Definição do fluxo da informação	Fluxo definido	Desenho do fluxo definido para a transmissão da informação.	Idem
	Definição da base tecnológica do PACS/SIAPS	Base tecnológica definida	Base tecnológica do PACS/SIAPS instalada para utilização	Idem
Nível de conhecimento dos ACS sobre a importância da informação	Realização de oficinas de sensibilização e capacitação dos ACS envolvidos desde a coleta até a divulgação dos dados	Oficinas de trabalho realizadas, ACS sensibilizados e capacitados	Duas oficinas de trabalho realizadas e 61 ACS sensibilizados e capacitados	• Cognitivos – conhecimentos sobre o tema. • Político – concordância da DSS/ EMG em relação à proposta elaborada pelo grupo de trabalho. • Organizativos – programação da oficina. • Financeiros – equipamentos audiovisuais, viagem e energia elétrica.

Continua…

… continuação

Quadro 23.2. Desenho das operações

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultado esperado	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de conhecimento insuficiente para trabalhar com o PACS/ SIAPS	Realização de oficina de capacitação do pessoal para operar PACS/ SIAPS	Oficina de capacitação e sensibilização de pessoal para operar o PACS/ SIAPS realizada	Uma oficina de capacitação realizada e 10 operadores sensibilizados e capacitados	• Organizacional – capacitação • Cognitivos – especialistas • Políticos – espaço para capacitação • Financeiros – aquisição de recurso audiovisual e didático e contrato

Quadro 23.3. Análise da viabilidade do plano

Operação/projeto	Recurso crítico	Controle dos recursos críticos		Operação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Definição de indicadores de monitoramento e avaliação	• Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Indiferente	Apresentação da proposta do grupo à DSS/EMG
Definição do conteúdo dos instrumentos de coleta	• Políticos – concordância da DSS/ EMG em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Favorável	
Definição do processamento dos dados	• Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo de trabalho	DSS/EMG	Favorável	
Definição do plano de análise dos dados e os relatórios	• Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo de trabalho	DSS/EMG	Indiferente	Apresentação da proposta do grupo à DSS/EMG
Definição do fluxo de informação – rumo que segue a informação para a sua utilização	• Políticos – concordância da DSS/ EMG em relação à proposta elaborada pelo grupo de trabalho	DSS/EMG	Favorável	

Continua…

… continuação

Quadro 23.3. Análise da viabilidade do plano

Operação/projeto	Recurso crítico	Controle dos recursos críticos		Operação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Definição da base tecnológica do PACS/SIAPS	• Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo • Cognitivos – de especialistas • Financeiros – aquisição dos recursos tecnológicos	DSS/EMG Direção de Finanças/ EMG Direção de Finanças/ EMG	Favorável Indiferente Indiferente	Apresentação da proposta do grupo à Direção de Finanças/EMG
Realização das oficinas de sensibilização e capacitação dos ACS	• Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo • Financeiros – aluguel de gerador de energia elétrica	DSS/EMG Direção de Finanças/ EMG	Favorável Indiferente	Apresentação da proposta do grupo à Direção de Finanças/EMG
Capacitação de pessoal para operar PACS/SIAPS	• Organizacional – organizar a capacitação • Cognitivos – especialistas • Políticos – espaço para capacitação • Financeiros – liberação dos recursos para aquisição de recurso audiovisual e didático e contrato	Direção de Finanças/ EMG	Indiferente	Apresentação da proposta do grupo de trabalho à Direção de Finanças/ EMG

Considerações Finais

Inicialmente prevista para cinco províncias – Benguela, Cabinda, Huambo, Luanda e Huila localizadas em cinco Regiões Militares –, por razões financeiras e de acesso geográfico, a intervenção ficou restrita em uma única região, onde foram selecionadas quatro Unidades Militares, em que havia governabilidade sobre alto número de variáveis, permitindo poupar recursos, materiais e tempo. As adaptações realizadas no plano original são inerentes ao processo de planejamento estratégico situacional adequado ao contexto, que se caracterizam por constantes mudanças, possibilitando a elaboração de planos dentro da conjuntura e dinâmica da realidade[20]. Segundo autores, a realidade é percebida por meio de problemas que podem ser entendidos como uma discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada[31,32]. Esse entendimento foi

nosso pressuposto para desenvolver o presente trabalho. No seu decorrer, predominaram dois tipos de recursos críticos: o político e o financeiro, exigindo dos proponentes intervenções pautadas em operações estratégicas capazes de convencer os atores sobre a importância das operações propostas. A criação do grupo de trabalho constituído por profissionais das direções de saúde do EMG e seus ramos foi um fator importante e demonstrou o aspecto democrático do PES, permitindo a participação de grupos de interesse, levando em consideração a diversidade de opiniões dos representantes dos diferentes segmentos sociais. As soluções técnicas foram decisivas para a implementação, mas não caminharam isoladas. As questões políticas e de interesses de poder se apresentaram bastante relevantes e implicaram negociações contínuas.

Do ponto de vista da implantação do PACS, o próximo passo será avaliar o que foi construído e os resultados iniciais, por meio de estudo da percepção dos responsáveis, gestores e coordenadores dos SSFAAs bem como dos usuários. Será ainda avaliado o grau de conhecimento que têm acerca do projeto, dos pontos polêmicos, dos avanços e dificuldades. A partir dessa avaliação espera-se a expansão do projeto para as cinco Regiões Militares restantes, cobrindo todas as unidades de atenção primária dos SSFAAs. Esse é o objetivo mais desafiador: transformar o projeto em estratégia incorporada nos serviços de saúde.

Relativamente ao SIAPS/PACS, o processo de implementação prossegue com participação do grupo de trabalho. Já foram definidos o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados, o processamento e o fluxo da informação. Entretanto, a definição do plano de análise e da base tecnologica do módulo ainda permanece como importante pendência a ser analisada e aprovada pela DSS. Ao analisar as proposições das operações estratégicas designadas para a viabilização técnica, é possível notar que, na sua maioria, elas têm um pendor político importante, o que de certa forma tem a ver com a concentração de poder, própria dos sistemas militares. Esse aspecto, aliado ao fato inegável da história recente de guerra, com todas as implicações para a maturação das instituições e considerando o atual contexto socioeconômico caracterizado por elevados custos dos bens e serviços, passa a ser um desafio para o progresso desse projeto. Entretanto, apesar desse cenário desafiador, o projeto tem merecido apoios.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. *Estratégia da OMS de cooperação com os países*: Angola, 2002-2005. [Acesso em: 14/Out/2013]. Disponível em: http://www.who.int/ countryfocus / cooperation_strategy/countries/angola_2002_ 2005_portuguese.pdf
2. Angola. Ministério do Planeamento/PNUD: objectivos do desenvolvimento do milénio, 2005. [Acesso em: 14 agosto 2012]. Disponível em: http://mirror.undp/org./ angola/ publications.htm
3. Angola. Gabinete Legal Angola Advogados (GLA). *Guia de investimento*: Angola. Jan. 2011. [Acesso em: 22 ago. 2013]. Disponível em: http://www.plmj.com/ xms/files/Guias_Investimento/ Guia_de_Investimento_em_Angola.pdf.

4. UNICEF/Angola. *Relatório anual 2010*: uma Angola melhor para todas as crianças, 2010.
5. Oliveira MS. *Processo de descentralização do serviço nacional de saúde de Angola.* [Tese]. Rio do Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
6. Bungo F. *Estudo da prevalência da filariose bancroftiana e loana na Vila do Buco-Zau, norte de Angola*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
7. Angola. Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial. Plano nacional de desenvolvimento 2013-2017. Dezembro, 2012. [Acesso em 04/03/14]. Disponível em http://www.minfin.gv.ao/fsys/PND.pdf.
8. Angola. Ministério das Finanças: Relatório de fundamentação do orçamento geral do estado. Angela; 2014.
9. Angola. *Lei de bases do sistema nacional de saúde. (Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto).* Diário da República nº 34, I série. Luanda; Agosto de 1992.
10. Angola. MINSA-DNSP. *Revitalização dos serviços municipais de saúde. Para acelerar a redução da mortalidade materna infantil.* Luanda: Angola; janeiro de 2008.
11. Angola. MINSA. *Revitalização do sistema municipal de saúde. Para acelerar a reduçãoda mortalidade materna infantil.* Luanda: Angola; março de 2008.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
13. Word Health Organization – WHO. Regional Office for the Western Pacific. *Developing health management information systems:* A practical guide for developing countries. Genebra; 2004. [Acesso em: 09 set. 2013]. Disponível em: http://www.wpro. who.int/publications /docs/Health_manage. pdf?ua=1
14. Avgerou C. Information systems in developing countries: a critical research review. *Journal of information Technology.* 2008; 23(3):133-46.
15. Chetley A. *Improving health, connecting people*: the role of ICTs in the health sector of developing countries. Washington, DC: Infodev, World Bank; 2006.
16. Heeks R. Health information systems: failure, success and improvisation. *International Journal of Medical Informatics.* 2006 Feb; 75(2):125-37.
17. Thompson M. Cultivating meaning: interpretive fine-tuning of a South African Health Information System. *Information And Organization.* 2002; 3(12):183-211.
18. Faria HP et al. *Modelo assistencial e atenção básica à saúde.* 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. [Acesso em: 21/10/13]. Disponível em: http://www.more. ufsc.br/livros/inserir_livros
19. Matus C. O plano como aposta. *São Paulo em perspectiva*. 1991 out/dez; 5(4):28-42.
20. 20 – Migliato ALT. *Planejamento estratégico situacional aplicado à pequena empresa*. [Tese]. São Carlos: Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo;2004.
21. Gonçalves RG. *Modelos emergentes de planejamento:* elaboração e difusão - um estudo do planejamento estratégico situacional. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
22. Artmann E. Planejamento estratégico situacional no nível. local: um instrumento a favor de uma visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social.* 2000; 3:98-119.
23. Ferreira FW. *Planejamento sim e não:* um modo de agir num mundo em permanente mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
24. Teixeira C. *Planejamento municipal em saúde.* Salvador: Cooptec/ISC; 2001.
25. Turnock BJ. Public health: what it is and how it works. 3rd edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2004.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF; 2009. [Acesso em 13 mai. 2014]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf.
27. Corbo AM; D'Andrea. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 177-222.
28. Santos M. et al. Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2006.
29. Angola. EMGFAA. *Despacho Nº 30 /CEMGFAA/2012*: Sobre a aprovação das Normas de Execução Permanente da Companhia Médica de Brigada ou Unidade Equivalente. Abril; 2012.
30. Freire P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
31. Huertas F. *Entrevista com Matus*: o método PES. São Paulo: Fundap; 2004.
32. Faria H et al. *Processo de trabalho na atenção básica à saúde.* Belo Horizonte: UFMG, NESCON; 2008.

Formato: 160x230mm
Composto em: Helvetica Neue LT Std
Papel couché fosco, 70g/m^2 (miolo)
Papel supremo, 250g/m^2 (capa)
Belo Horizonte – 2016

Autonomia e Mudança, com os seus 23 capítulos divididos em quatro seções, buscou a sintonia entre a teoria e a prática da promoção da saúde e da prevenção da violência para embasar a práxis dos sujeitos concretos e das relações que travam entre si em múltiplos e diferentes espaços e que, ao identificarem suas experiências, criam caminhos para denunciar as forças que os submetem.

Com este primeiro livro, Autonomia e Mudança, fundamos - em todos os significados que o verbo traz - a Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

9 788584 500161