



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO ESPECIAL 4
RIO DE JANEIRO, DEZ 2018
ISSN 0103-1104

Promoção de Saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo: José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Alane Andreilino Ribeiro
Ana Maria Costa
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cristiane Lopes Simão Lemos
Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luisa Regina Pessôa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Elza Machado de Melo - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Jandira Maciel da Silva - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Soraya Almeida Belisário - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Alzira Oliveira Jorge - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Cristiane de Freitas Cunha - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade Nacional de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Carina Munhoz de Lima
Luiza Nunes



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO ESPECIAL 4
RIO DE JANEIRO, DEZ 2018

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 5 **Promoção de Saúde, práxis de autonomia e prevenção da violência**
Health Promotion, praxis of autonomy and prevention of violence

Elza Machado de Melo, Jandira Maciel da Silva, Soraya Almeida Belisário, Alzira Oliveira Jorge, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Cristiane de Freitas Cunha, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 13 **Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros**

Attitudes and opinions of professionals involved in the care to women in violence situation in 10 Brazilian cities

Elizangela Gonçalves de Souza, Ricardo Tavares, Julia Guimarães Lopes, Márcia Andréa Nogueira Magalhães, Elza Machado de Melo

- 30 **Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora**

Conflict mediation in SUS as a transformative political action

Luciana Parisi, Jandira Maciel da Silva

- 43 **Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde**

Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Health Care

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro, Ricardo Tavares, Elza Machado de Melo, Palmira de Fátima Bonolo, Victor Hugo Melo

- 55 **Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários**

Violence and Primary Health Care: perceptions and experiences of professionals and users

Elisane Adriana Santos Rodrigues, Ricardo Tavares, Victor Hugo Melo, Jandira Maciel da Silva, Elza Machado de Melo

- 67 **Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados**

Violence caused by an intimate partner in users of Primary Health Care: prevalence and associated factors

Doriana Ozólio Alves Rosa, Renata Cristina de Souza Ramos, Talita Munick Vieira Gomes, Elza Machado de Melo, Victor Hugo Melo

- 81 **Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações**

Veiled and revealed violence against the elderly in Minas Gerais-Brazil: analysis of complaints and notifications

Regina da Cunha Rocha, Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes, Elizabeth Costa Dias, Eliane Dias Gontijo

- 95 **Percepções dos adolescentes sobre a violência em um assentamento rural: uma análise qualitativa**

Adolescents' perceptions of violence in a rural settlement: a qualitative analysis

Angela Moreira, Gisele Marcolino Saporetti, Helian Nunes de Oliveira, Ricardo Tavares, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

-
- 107 **Contribuições do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) para a ampliação da cidadania e promoção da saúde**
Contributions of Participatory Regionalized Planning (PPR) for the expansion of citizenship and health promotion
Maria de Fátima Abreu, Elza Machado de Melo, Andréa Maria Silveira
- 120 **Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola**
Intersectoriality in the promotion of school in health: a study of the Health in School Program
Lidiane Sales Vieira, Soraya Almeida Belisário
- 134 **Fatores associados à prática de Atividade Física na população brasileira – Vigitel 2013**
Factors associated with the practice of Physical Activity in the Brazilian population – Vigitel 2013
Rony Carlos Rodrigues Las Casas, Regina Tomie Ivata Bernal, Alzira de Oliveira Jorge, Elza Machado de Melo, Deborah Carvalho Malta
- 145 **Fatores sociodemográficos e comportamentos de risco associados ao consumo do álcool: um recorte do Erica**
Socio-demographic factors and risk behaviors associated with alcohol consumption: a cutout of the Erica study
Luciana Ramos de Moura, Karine Ferreira dos Santos, Hebert Geraldo de Souza, Matilde Meire Miranda Cadete, Cristiane de Freitas Cunha
- 156 **Fatores associados ao tabagismo entre adolescentes do sexo feminino**
Factors associated with smoking among female adolescents
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo, Maria Odete Pereira
- 166 **Estudo das mudanças percebidas em usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil a partir de sua inserção nos serviços**
Study of the perceived changes in users of Psychosocial Care Centers in the South of Brazil from their insertion in the services
Uiasser Thomas Franzmann, Luciane Prado Kantorski, Vanda Maria da Rosa Jardim, Carlos Alberto dos Santos Treichel
- 175 **Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença**
Mental illness on contemporary society: conceptual notes on the theory of social determination of the health-disease process
Vitória Nassar Viapiana, Rogério Miranda Gomes, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
- 187 **Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família**
Facilities and difficulties experienced in Permanent Health Education, in the Family Health Strategy
Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro, Marcelo Schenk de Azambuja, Andrea Wander Bonamico

-
- 198** **Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia**
Network care continuity and living network movements in user-guide paths
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad, Alzira de Oliveira Jorge
- 211** **Análise das notificações de intoxicações agudas, por agrotóxicos, em 38 municípios do estado do Paraná**
Analysis of notifications of acute intoxication, by agrochemicals, in 38 municipalities of the state of Paraná
Bruna Letícia Souza Taveira, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
- 223** **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014**
Hospitalization by Conditions Sensitive to Primary Care in the state of Ceará, 2010-2014
José Wesley dos Santos Alves, Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti, Raquel Simões Monteiro Alves, Priscila Chagas da Costa
ENSAIO | ESSAY
- 236** **Body, movement and health: connections from the point of view of complexity**
Corpo, movimento e saúde: conexões sob a ótica da complexidade
Leonardo Tonelli, Daniel Canavese, Alessandra Xavier Bueno, Alcindo Antônio Ferla
- 249** **O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica**
User embracement as a surveillance strategy in health care production: an epistemological reflection
Tarciso Feijó da Silva, Helena Maria Scherlowski Leal David, Célia Pereira Caldas, Elaine Lutz Martins, Susana Reis Ferreira
RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 261** **Salutogênese-Camponês a Camponês: uma metodologia para promoção da saúde de populações expostas a agrotóxicos**
Salutogenesis-Peasant-to-Peasant: a methodology for health promotion of populations exposed to pesticides
Pedro Henrique Barbosa de Abreu, Herling Gregorio Aguilar Alonzo
- 275** **Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB**
Work and mental health: experience report in a Caps AD III in the city of João Pessoa, PB
Ana Katarina de Araújo, Valéria Leite Soares

Promoção de Saúde, práxis de autonomia e prevenção da violência

Elza Machado de Melo¹, Jandira Maciel da Silva², Soraya Almeida Belisário³, Alzira Oliveira Jorge⁴, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro⁵, Cristiane de Freitas Cunha⁶, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo⁷

DOI: 10.1590/0103-110420185400

A PROMOÇÃO DE SAÚDE CONSTITUI, INDUBITAVELMENTE, UMA DAS mais promissoras estratégias de produção de saúde nas sociedades atuais, dada a sua potencialidade na abordagem das doenças crônico-degenerativas¹⁻³, das violências e acidentes^{4,5} e das doenças transmissíveis, entre as quais, especialmente, as doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas⁶. Enfim, de todo o espectro de morbimortalidade cujas causas se relacionam com o modo de vida sociocultural, econômico, político e ambiental de todas as gentes⁷⁻¹⁰. Desfruta de prestígio e atenção, em todo o mundo, pelo menos a julgar pelas importantes iniciativas tomadas com vistas ao seu desenvolvimento e efetivação, por exemplo, as Conferências Globais de Promoção de Saúde: Ottawa, em 1986, que representa a base da Promoção de Saúde; Adelaide, em 1988, e a ênfase para a intersectorialidade; Sanderval, em 1991, com o tema da equidade; Jackarta, em 1997, a necessidade de ampliação com novos parceiros e de produção de conhecimento; Bangkok, em 2005, a proposta de ampliação dos determinantes sociais; Nairobi, em 2009, voltada para as diretrizes de atuação prática e Helsinki, em 2013, com a proposta de *Health in All Policies*¹¹. Ainda em âmbito internacional, destacam-se as Conferências Mundiais de Promoção de Saúde, organizadas, trienalmente, pela União Internacional para a Promoção de Saúde e Educação (Uipes) e que constituem importantes iniciativas que reúnem profissionais, pesquisadores e gestores de todo o mundo, para “aprender, compartilhar e construir o futuro da Promoção de Saúde e buscar a equidade em saúde”¹². Outro exemplo do reconhecimento que lhe é dado é sua associação com os Novos Objetivos do Milênio, incluindo o combate à pobreza e à desigualdade e a busca da prosperidade, bem-estar, saúde e educação¹¹. No Brasil, a Promoção de Saúde se entrelaça ao advento e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), seja por necessidade de inversão do modelo de atenção à saúde, seja por necessidade de coerência com os marcos da saúde como modelo ampliado^{3,13} ganhando, recentemente, reforço com a instituição, em 2006, da Política Nacional de Promoção de Saúde e com a sua revisão, em 2014, ampliando-a¹⁴.

Definida como abordagem de saúde que incorpora os diferentes aspectos sociais na explicação e produção de saúde e de doença¹⁵, a Promoção de Saúde abriga em seu âmbito inúmeras formulações, que se inserem em um amplo leque, compreendido entre duas correntes distintas: uma que se refere, predominantemente, ao estilo de vida, com abordagem comportamentalista/individualista; e outra que se baseia nas determinações sociais e se insere dentro das usualmente denominadas abordagens estruturais. A primeira remonta à teoria multicausal do processo saúde/doença, cuja história natural envolve riscos relacionados com a tríade agente-hospedeiro-ambiente, que são passíveis de prevenção primária¹⁶. Os modelos estruturais, por

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e Núcleo de Promoção de Saúde e Paz - Belo Horizonte (MG), Brasil. elzammelo@hotmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Belo Horizonte (MG), Brasil. jandira.maciel@gmail.com

³ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Belo Horizonte (MG), Brasil. soraya@nescon.medicina.ufmg.br

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Belo Horizonte (MG), Brasil. alzira.o.jorge@gmail.com

⁵ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Belo Horizonte (MG), Brasil. tarcisioimm@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Belo Horizonte (MG), Brasil. cristianedefreitasacunha@gmail.com

⁷ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Belo Horizonte (MG), Brasil. amandamsreinaldo@gmail.com



sua vez, concebem a saúde e também o comportamento dos indivíduos relativamente à saúde como fenômenos condicionados e/ou determinados socialmente¹⁷ ao modo do modelo socioecológico proposto por Dalhgren e Whitehead, já bastante difundido, em que os determinantes sociais de saúde são organizados em mandala de multiníveis de espaços sociais^{18,19}, ou da proposta de Saúde em Todas Políticas (*Health in All Policies*), que tem por base a integração entre os diferentes setores, engendrada no próprio processo de tomada de decisão²⁰.

Críticas são endereçadas aos dois modelos. Em relação ao primeiro deles, comportamentalista/individualista, bastante disseminado e hegemônico, destaca-se a redução que opera no papel e no significado da dimensão do processo saúde/doença^{7,21}, restrito que fica ao indivíduo, permanentemente dilacerado pelas prescrições de uma vida longa²¹; portanto, vigilância e controle de comportamentos; de medicalização e de mercantilização da saúde, enfim, 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^{15,21}. Para os modelos estruturais, pesa sobretudo a complexidade que, por um lado, dificulta sobremaneira os processos de efetivação e acaba por reduzir as intervenções a mudanças no estilo de vida, próprias do primeiro modelo¹⁹ e que, por outro, impõe a central necessidade de vinculação ao Estado e com ela o exercício do poder e de dominação sobre a vida dos cidadãos²².

Ante essas críticas, o que se impõe é a necessidade de vinculação da Promoção de Saúde ao exercício da práxis de autonomia dos envolvidos, que aqui é pensada a partir da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, como condição 'em que os atores sociais se transformam em autores'; e com suas múltiplas vozes, que brotam nos infindáveis espaços locais, mediam aí ações coletivas e solidárias e, ao mesmo tempo, rompem fronteiras, ganham ressonância na esfera pública, engendrando o processo discursivo de formação de opinião e vontade coletiva, lugar da vontade racional, portanto, a única que unifica autonomia e universalidade^{23,24}. Colocada assim a questão, o mais importante não é saber qual dos dois modelos se adota, mas se, para quaisquer que sejam eles e quaisquer que sejam as ações empreendidas, contam com a participação de todos os envolvidos¹⁵.

Por decorrência, no presente número especial da revista Saúde em Debate, reunimos artigos filiados aos dois modelos: de um lado, mediação de conflitos nas relações de trabalho; de outro, a prática de atividade física, a participação, a intersectorialidade, o cuidado em redes vivas, mas também os fatores associados ao uso de álcool e do tabaco, sem também abrir mão de aspectos relacionados com a organização do cuidado e gestão dos serviços de saúde, na atenção primária e especializada, em que a Promoção de Saúde deve e pode ser implementada. Foram incluídos também ensaios teóricos e relatos de experiência, que expressam o esforço de pensar e efetivar a Promoção de Saúde, de forma consequente e desejável, nos moldes de suas mais autênticas postulações.

A Promoção de Saúde representa uma das estratégias prioritárias que o setor saúde dispõe, na sua lide com a violência, sendo que a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas mais uma vez é trazida para fundamentar a aproximação entre ambas, especialmente, a tese da colonização do mundo da vida²⁵, responsável por distúrbios e deformações que, para nós, constituem as violências que corroem os três pilares de sustentação do modo de vida em sociedade, a saber, trabalho, ambiente, cidadania, exatamente os mesmos que cabe à Promoção de Saúde transformar¹⁵. Então, incluímos inúmeros artigos sobre as violências, em suas múltiplas faces, violência contra a mulher, o adolescente, o idoso; a questão do agrotóxico, a violência na atenção primária, assim como os modos de seu enfrentamento, participação, organização de serviços, prestação de cuidados e formação do profissional de saúde.

Reiterando as premissas apresentadas, a Promoção de Saúde, firmemente ancorada na práxis de autonomia dos envolvidos, é a estratégia nuclear do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Faculdade de Medicina (FM)/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz que, juntamente com a revista Saúde em Debate, assumiram a editoria deste número, cujo objetivo é contribuir para a qualidade das práticas de saúde, unicamente possível, no nosso entendimento, se produzida nos marcos da liberdade.

Referências

1. Tinkham M. Health promotion in the elderly with coronary artery disease. *J Vasc Nurs*; 2014; 32(4):151-155.
2. Shearer NBC, Fleury J, Ward K, et al. Empowerment Interventions for Older Adults. *West J Nurs Res*. 2012; 34(1):24-51.
3. Malta DC, Gosch CS, Buss P, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(11):4341-4350.
4. Butts JA, Roman CG, Bostwick L, et al. Cure Violence: A Public Health Model to Reduce Gun Violence. *Annu. Rev. Public Health*. 2015. 36:39-53.
5. Melo EM, Melo VH. Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. In: Camargos A, Melo VH. *Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidência*. Belo Horizonte: Coopmed, 2016.
6. 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):545-564.
7. World Health Organization. *Milestones Health Promotion*. Geneva: WHO; 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. 30 Mar 2006.
9. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(1):139-149.
10. Silva EF, Brito J, Neves MY, et al. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(30):107-119.
11. Pettersson B. Some bitter-sweet reflections on the Ottawa Charter commemoration cake: a personal discourse from an Ottawa rocker. *Health Promot Int*. 2011; 26(S2):173-177.

12. International Union for Health Promotion and Education. Conferences. [acesso em 2017 nov 11]. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/conferences>.
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
14. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(6):1683-1694.
15. Melo EM, Melo VH. Promoção de Saúde. Autonomia e Mudança. Belo Horizonte: Folium; 2016.
16. Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*. 2010; 20(3):753-67.
17. 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; 40(5):520-5.
18. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2. Copenhagen, Denmark: WHO, 2006.
19. Bentley M. An ecological public health approach to understanding the relationships between sustainable urban environments, public health and social equity. *Health Promot Int*. 2014; 29(3):528-37.
20. Baum F, Lawless A, Delany T, et al. Evaluation of health in all policies: concept, theory and application. *Health Promot Int*. 2014; 29(supl1):i130-42.
21. 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.
22. 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; 16:140.
23. Habermas J. Between facts and norms, contributions to a discourse theory of law and democracy. Cambridge: The MIT Press; 1996.
24. Habermas J. Escritos sobre moralidad y eticidad. Barcelona: Paidós; 1991.
25. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1987.

Health Promotion, praxis of autonomy and prevention of violence

Elza Machado de Melo¹, Jandira Maciel da Silva², Soraya Almeida Belisário³, Alzira Oliveira Jorge⁴, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro⁵, Cristiane de Freitas Cunha⁶, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo⁷

DOI: 10.1590/0103-110420185400

HEALTH PROMOTION IS UNDOUBTEDLY ONE OF THE MOST PROMISING strategies for the production of health in today's societies, given its potential in addressing chronic-degenerative diseases¹⁻³, violence and accidents^{4,5}, and communicable diseases, especially the emerging, re-emerging and neglected diseases⁶. Finally, in addressing the whole spectrum of morbimortality whose causes are related to the sociocultural, economic, political, and environmental way of life of all people⁷⁻¹⁰. It enjoys worldwide prestige and attention, at least judging by the important initiatives taken towards its development and implementation, such as the Global Health Promotion Conferences: Ottawa, in 1986, which represents the basis for the Health Promotion; Adelaide, in 1988, and the emphasis on intersectorality; Sandvål, in 1991, with the theme of equity; Jakarta, in 1997, the need for expansion with new partners and production of knowledge; Bangkok, in 2005, the proposal to expand social determinants; Nairobi, in 2009, focused on the guidelines for practical action; and Helsinki, in 2013, with the proposal of Health in All Policies¹¹. Also in the international arena, the World Health Promotion Conferences, organized triennially by the International Union for the Health Promotion and Education (Uipes) and which constitute important initiatives bringing together professionals, researchers and managers from around the world, to "learn, share, and build the future of Health Promotion and seek equity in health"¹². Another example of the recognition given to it is its association with the New Millennium Goals, including combating poverty and inequality and the pursuit of prosperity, well-being, health and education¹¹. In Brazil, Health Promotion is intertwined with the advent and development of the Unified Health System (SUS), whether because of the need to reverse the health care model, or because of the need for coherence with health milestones as an expanded model^{13,13}, having recently gained reinforcement with the institution, in 2006, of the National Policy for Health Promotion and with its revision in 2014, expanding it¹⁴.

Defined as a health approach that incorporates the different social aspects in the explanation and production of health and disease¹⁵, Health Promotion has in its scope innumerable formulations, which are inserted in a wide range, comprised between two distinct currents: one that refers, predominantly, to the lifestyle, with a behavioral/individualistic approach; and another that is based on social determinations and falls within the so-called structural approaches. The first one goes back to the multicausal theory of the health /disease process, whose natural history involves risks related to the agent-host-environment triad, which are susceptible to primary prevention¹⁶. Structural models, on the other hand, conceive health as well as the behavior of individuals in relation to health as conditioned and/or socially

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e Núcleo de Promoção de Saúde e Paz – Belo Horizonte (MG), Brasil. elzammelo@hotmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil. jandira.maciell@gmail.com

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil. soraya@nescon.medicina.ufmg.br

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil. alzira.o.jorge@gmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil. tarcisiommp@gmail.com

⁶Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil. cristianedefreitascunha@gmail.com

⁷Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil. amandamsreinaldo@gmail.com



This article is published in Open Access under the Creative Commons Attribution license, which allows use, distribution, and reproduction in any medium, without restrictions, as long as the original work is correctly cited.

determined phenomena¹⁷ in the mode of the socioecological model proposed by Dalhgren and Whitehead, already quite widespread, in which the social determinants of health are organized in a multi-level mandala of social spaces^{18,19}, or the Health in All Policies proposal, which is based on the integration among the different sectors, engendered in the decision-making process itself²⁰.

Criticism is addressed to both models. In relation to the first, behaviorist/individualist, widely disseminated and hegemonic, the reduction that operates in the role and significance of the dimension of the health/disease process is highlighted^{7,21}, which is restricted to the individual, permanently torn by the prescriptions of a long life²¹; therefore, surveillance and control of behavior; of medicalization and of commodification of health, that is, criticism that refers to the linkage of the model to practices of domination, exploitation, and production of profit, governed by the logic of the market, aestheticized by the primacy of supposed individual freedom^{15,21}. For structural models, it is especially difficult to overcome the complexity that, on the one hand, greatly complicates the processes of effectiveness and ends up reducing the interventions to changes in lifestyle, which are characteristic of the first model¹⁹ and which, on the other hand, impose the central need for linkage to the State and with it the exercise of power and domination over the lives of citizens²².

Faced with that criticism, what is required is the need to link Health Promotion to the exercise of praxis of autonomy of those involved, which is here thought from the Theory of Communicative Action by Habermas, as a condition 'in which social actors are transformed in authors'; and with their multiple voices, which sprout in the endless local spaces, mediate collective and solidarity actions and, at the same time, break the frontiers, gain resonance in the public sphere, engendering the discursive process of formation of opinion and collective will, the place of rational will, therefore, the only one that unifies autonomy and universality^{23,24}. Posing the question like that, what is most important is not knowing which of the two models is adopted, but whether, for whatever they are and whatever actions are taken, they count on the participation of all those involved¹⁵.

As a consequence, in this special issue of *Saúde em Debate*, we have gathered articles related to the two models: on the one hand, mediation of conflicts in labor relations; on the other, the practice of physical activity, participation, intersectorality, care in living networks, but also factors associated with alcohol and tobacco use, still without giving up aspects related to the organization of care and management of health services, primary and specialized care, in which Health Promotion should and can be implemented. We also included theoretical essays and experience reports, which express the effort to think and effect Health Promotion, in a consequent and desirable way, in the molds of its most authentic postulations.

Health Promotion represents one of the priority strategies that the health sector has in its handling of violence, and Habermas' Theory of Communicative Action is once again brought to ground the rapprochement between both, especially the thesis of colonization of the world of life²⁵, which is responsible for disturbances and deformations which, for us, constitute the violence that erodes the three pillars of support for the way of life in society, namely, work, environment and citizenship, exactly the ones which it is up to Health Promotion to transform¹⁵. So we have included numerous articles on violence in its multiple faces, violence against women, against adolescents, against the elderly; the issue of agrochemicals, violence in primary care, as well as ways of coping with it, participation, service organization, care delivery, and health professional training.

Reiterating the premises presented, Health Promotion, firmly anchored in the praxis of autonomy of those involved, is the core strategy of the Postgraduate Program in Health

Promotion and Prevention of Violence/School of Medicine (FM)/Federal University of Minas Gerais (UFMG) and of the Health and Peace Promotion Nucleus which, together with the journal *Saúde em Debate*, have taken over the editorial of this issue, whose objective is to contribute to the quality of health practices, which is only possible, in our understanding, if produced in the landmarks of freedom.

References

1. Tinkham M. Health promotion in the elderly with coronary artery disease. *J Vasc Nurs*; 2014; 32(4):151-155.
2. Shearer NBC, Fleury J, Ward K, et al. Empowerment Interventions for Older Adults. *West J Nurs Res*. 2012; 34(1):24-51.
3. Malta DC, Gosch CS, Buss P, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(11):4341-4350.
4. Butts JA, Roman CG, Bostwick L, et al. Cure Violence: A Public Health Model to Reduce Gun Violence. *Annu. Rev. Public Health*. 2015. 36:39-53.
5. Melo EM, Melo VH. Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. In: Camargos A, Melo VH. *Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidência*. Belo Horizonte: Coopmed, 2016.
6. 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):545-564.
7. World Health Organization. *Milestones Health Promotion*. Geneva: WHO; 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. 30 Mar 2006.
9. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(1):139-149.
10. Silva EF, Brito J, Neves MY, et al. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(30):107-119.
11. Pettersson B. Some bitter-sweet reflections on the Ottawa Charter commemoration cake: a personal discourse from an Ottawa rocker. *Health Promot Int*. 2011; 26(S2):173-177.

12. International Union for Health Promotion and Education. Conferences. [acesso em 2017 nov 11]. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/conferences>.
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
14. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(6):1683-1694.
15. Melo EM, Melo VH. Promoção de Saúde. Autonomia e Mudança. Belo Horizonte: Folium; 2016.
16. Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*. 2010; 20(3):753-67.
17. 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; 40(5):520-5.
18. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2. Copenhagen, Denmark: WHO, 2006.
19. Bentley M. An ecological public health approach to understanding the relationships between sustainable urban environments, public health and social equity. *Health Promot Int*. 2014; 29(3):528-37.
20. Baum F, Lawless A, Delany T, et al. Evaluation of health in all policies: concept, theory and application. *Health Promot Int*. 2014; 29(supl1):i130-42.
21. 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.
22. 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; 16:140.
23. Habermas J. Between facts and norms, contributions to a discourse theory of law and democracy. Cambridge: The MIT Press; 1996.
24. Habermas J. Escritos sobre moralidad y eticidad. Barcelona: Paidós; 1991.
25. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1987.

Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros

Attitudes and opinions of professionals involved in the care to women in violence situation in 10 Brazilian cities

Elizangela Gonçalves de Souza¹, Ricardo Tavares², Julia Guimarães Lopes³, Márcia Andréa Nogueira Magalhães⁴, Elza Machado de Melo⁵

DOI: 10.1590/0103-110420185401

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Promoção de Saúde e Paz – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8374-8927>
elizsouzacb@gmail.com

²Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop), Departamento de Estatística (DEEST) – Ouro Preto (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9060-0477>
tavares@ufop.edu.br

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Promoção de Saúde e Paz – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4473-juliaglopes@hotmail.com>

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Promoção de Saúde e Paz – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2447-912X>
marcia.andrea@pbh.gov.br

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzammelo@hotmail.com

RESUMO Esta pesquisa objetivou analisar opiniões e atitudes de profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência em 10 municípios brasileiros. Estudo transversal quantitativo, realizado mediante entrevistas semiestruturadas com os participantes de oficinas realizadas nos municípios em estudo, totalizando 438 sujeitos. Realizou-se análise descritiva com distribuição de frequências, análise bivariada e análise de correspondência. O número de profissionais que atenderam casos suspeitos é maior do que o número dos que atenderam casos confirmados de violência contra a mulher. Menos da metade dos profissionais que atenderam casos suspeitos adotou alguma atitude frente a eles. A adoção de alguma atitude pelos profissionais foi mais comum – embora também abaixo da metade para a maioria das ações – diante dos casos confirmados. Subnotificação ocorre nos casos suspeitos e nos casos confirmados. A maioria dos entrevistados considera ser papel do setor saúde desenvolver ações de prevenção da violência contra a mulher, com elevada proporção de respostas deixadas em branco. Conclui-se que falta muito para que a atenção à mulher em situação de violência seja devidamente ofertada; os profissionais rotineiramente encaminham mais do que abordam os casos, notificam pouco, não se sentem capacitados e, às vezes, sequer se veem como responsáveis por essa atenção.

PALAVRAS-CHAVE Violência contra a mulher. Pessoal de saúde. Atitude do pessoal de saúde. Ação intersetorial.

ABSTRACT *This research aimed to analyze opinions and attitudes of professionals of the network of care to women in violence situation in 10 Brazilian cities. It is a quantitative cross-sectional study, carried out through semi-structured interviews with the participants of the workshops in these cities, totaling 438 individuals. A descriptive analysis was performed with frequency distributions, bivariate analysis and correspondence analysis. The number of professionals working on the suspected cases is higher than the number of those working on the confirmed cases of violence against women. Less than half of the professionals who attended the suspected cases has taken action on the matter of the fact. The adoption of some attitudes by the professionals was more common – even also being less than half of the majority of actions – in the face of the confirmed cases. Underreporting occurs in suspected cases and confirmed cases. Most of the interviewed people consider to be responsibility of the public health sector to develop preventing actions toward*



violence against women, with a high rate of unanswered cases. It is concluded that there is a long way for care to women in violence situation to be properly offered; professionals routinely refer more than address the cases, they poorly report them, they do not feel qualified, and sometimes do not even see themselves as the responsible for this care.

KEYWORDS *Violence against women. Health personal. Health personal attitude. Intersectoral action.*

Introdução

A violência é um problema que sempre esteve presente em toda a história da humanidade, sendo sustentada por uma estrutura social marcada por desigualdades e injustiças, as quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições¹.

Relativo à violência contra a mulher, esse é um problema global de saúde pública, que necessita de articulações intersetoriais no empenho tanto da prevenção da ocorrência quanto no provimento de serviços adequados ao atendimento das vítimas. O setor saúde tem um importante papel a desempenhar nesse cenário².

Por se tratar de um fenômeno histórico, social e de saúde, de grande magnitude, esse agravo necessita de intervenções direcionadas à equidade de direitos, proteção e segurança das mulheres que vivenciam situações de violência. Dessa forma, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) são de que a oferta da assistência à saúde ocorra em diversos locais/pontos da rede de atenção e que os profissionais estejam preparados para atender com respostas intersetoriais^{2,3}.

No campo da saúde, as práticas assistenciais limitam-se ao tratamento das consequências da violência, sobretudo aos danos físicos e psicológicos, intensificando, desse modo, a ideia de que seria essa a face do problema que caberia ao setor. Essa perspectiva reforça a tradição biomédica das práticas de recuperação e de prevenção que constituem a base tradicional da atuação profissional no setor, o que dificulta o desenvolvimento de prática

social, que requer conhecimento e habilidades tecnológicas que não são de domínio de todos os profissionais^{4,5}. Agregado a isso está o fato de que a violência contra a mulher é pouco identificada nos serviços de saúde, uma vez que muitos profissionais não a associam aos problemas de saúde apresentados pelas mulheres^{6,7}. Nesse sentido, a OMS enfatiza a necessidade urgente de integrar questões relacionadas com a violência em formação clínica, apontando para a necessidade de todos os prestadores de cuidados de saúde compreenderem a relação entre a exposição à violência e os problemas de saúde das mulheres, para que sejam capazes de responder de forma apropriada às demandas trazidas por esse público². O presente estudo buscou analisar as opiniões e atitudes de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros.

Métodos

Estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado dentro do Projeto Para Elas – Por Elas, Por Eles, Por Nós, de abordagem da mulher em situação de violência em âmbito nacional, executado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Programa de Pós-graduação e Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, em parceria com o Ministério da Saúde (MS).

O projeto tem como uma de suas metas a organização de redes de serviços e equipes de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros, sede de Territórios de Cidadania, eleitos pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta e pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas afins. São eles: Igarapé-Miri (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Algustinópolis (Tocantins); Irecê (Bahia); Quixadá (Ceará); Santana do Matos (Rio Grande do Norte); Posse (Goiás); São Mateus (Espírito Santo); Registro (São Paulo); e São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul).

O universo de estudo foi composto de profissionais convidados a participar das Oficinas promovidas, em cada município, pelas Secretarias Municipais de Saúde, pelo Ministério da Saúde e pela equipe do projeto 'Para Elas', com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Estiveram presentes os profissionais de diferentes setores e níveis de atenção envolvidos na atenção à mulher em situação de violência, nos 10 municípios estudados. Foram excluídos da pesquisa questionários em branco ou com taxa de resposta inferior a 70%, estudantes não vinculados à rede de atenção à mulher em situação de violência, questionários sem identificação e/ou sem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionário duplicado.

Os dados foram coletados durante as oficinas realizadas nos 10 municípios em estudo, utilizando-se como instrumento de coleta questionário semiestruturado e autoaplicável, contendo dados demográficos (idade; sexo; cidade; estado civil; cor/raça; grau de instrução; formação acadêmica), ocupacionais (instigação; função atual; tempo na função; horas semanais que trabalha na função; vínculo de trabalho; vínculos adicionais) e sobre a atuação dos profissionais (atitudes diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a mulher: abordagem, notificação, discussão com a equipe; retorno; seguimento da mulher;

seguimento da família; encaminhamentos, outros; opinião sobre o papel do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher). Todos foram utilizados nas análises realizadas.

O questionário foi desenvolvido pela equipe do projeto 'Para Elas' e avaliado por especialistas (professores do mestrado profissional) e profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Foi realizado estudo piloto com mestrados de outros grupos de pesquisa do mestrado profissional, o que levou à realização de ajustes do questionário. O período de coleta de dados estendeu-se de 2013 a 2015.

As informações foram armazenadas em banco de dados, utilizando o *software* Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 17.0. Foram realizadas: a) análise descritiva com distribuição de frequência; b) análise bivariada; e c) análise multivariada, especificamente, a análise de correspondência.

O presente estudo obedeceu a todas as disposições contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no dia 5 de junho de 2013, com emissão do parecer nº 14187513.0.0000.5149. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sobre o direito à confidencialidade e do caráter voluntário da participação, tendo sido assinado o TCLE.

Resultados

O perfil demográfico dos participantes da pesquisa pode ser observado na *tabela 1*, que mostra, também, a opinião dos profissionais sobre o papel do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher. A população em estudo foi composta de 438 sujeitos. Houve uma maioria de indivíduos do sexo feminino (82,4%), com discreto predomínio dos casados (54,1%). A faixa etária de maior frequência (60,5%) foi de pessoas entre 20 e 40 anos, com

maior participação da raça/cor parda (44,1%).

As informações sobre trabalho (*tabela 2*) mostram que a maioria dos participantes ocupava alguma função relacionada à assistência de nível superior (39%), estava na função há mais de 3 anos (36,8%), trabalhava de 31 a 40 horas por semana (66,9%), durante dois turnos (72,8%), pertencia à esfera municipal (84,2%), era concursada (42%), não possuía outro vínculo de trabalho (70,8%) e era pertencente a Atenção Primária à Saúde (APS) (35,6%) e à gestão (31,7%).

No que se refere à formação, a grande maioria (79,6%) possui ensino superior e está representada, principalmente, por Enfermeiros(as) (37,2%), seguidos de Assistentes sociais (9,4%), Psicólogos(as) e Médicos(as), que apresentaram o mesmo percentual de representação (3,9%), e graduandos(as) (3,7%).

A proporção de respostas relativas à opinião dos participantes sobre ser uma das funções do setor saúde o desenvolvimento de ações para a prevenção da violência contra a mulher foi de 83,5%, onde 332 (75,8%) responderam 'sim', 4 (0,9%) responderam 'não', 72 profissionais

(16,4%) deixaram em branco e 30 (6,8%) afirmaram não ter opinião formada, conforme observado nas *tabelas 1 e 2*. Nesse sentido, a maioria dos entrevistados respondeu positivamente, com pequenas diferenças para as variáveis sexo, estado civil e horas trabalhadas por semana, havendo, no entanto, diferenças maiores para as variáveis faixa etária, cor/raça, função atual, tempo na função, turno de trabalho, esfera administrativa, vínculo de trabalho, ter mais de um vínculo, grau de instrução, formação acadêmica e nível de atenção.

Merecem destaque alguns aspectos: o elevado percentual de respostas deixadas em branco ou daqueles que alegaram não ter opinião formada, fato que ganha importância quando se constata haver participantes que atuam na gestão e na referência técnica, os assistentes sociais e profissionais de nível médio, entre eles, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), apresentando esse tipo de resposta. Observou-se um declínio das respostas positivas em função do aumento da idade, sendo que, entre os participantes acima de 61 anos, apenas 62,5% responderam 'sim'.

Tabela 1. Opiniões dos profissionais sobre a função do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher, segundo variáveis sociodemográficas, em 10 municípios brasileiros, 2016

Variáveis estudadas	É uma das funções da saúde desenvolver ações de prevenção da violência contra a mulher?								Total	
	Sim		Não		Sem opinião		Branco		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo										
Masculino	52	73,2	1	1,4	7	9,9	11	15,5	71	16,2
Feminino	278	77,0	3	0,8	21	5,8	59	16,3	361	82,4
Branco	2	33,3	0	0,0	2	33,3	2	33,3	6	1,4
Estado civil										
Casado(a)/união estável	181	76,4	2	0,8	17	7,2	37	15,6	237	54,1
Solteiro(a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a)	151	75,5	1	0,5	13	6,5	35	17,5	200	45,7
Não informou	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Faixa etária										
Até 20 anos	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	0,7
21 a 30 anos	110	82,7	0	0,0	6	4,5	17	12,8	133	30,4
31 a 40 anos	103	78,0	4	3,0	10	7,6	15	11,4	132	30,1
41 a 50 anos	49	70,0	0	0,0	7	10,0	14	20,0	70	16,0

Tabela 1. (cont.)

51 a 60 anos	27	69,2	0	0,0	4	10,3	8	20,5	39	8,9
Acima de 61 anos	5	62,5	0	0,0	1	12,5	2	25,0	8	1,8
Branco	37	69,8	0	0,0	2	3,8	14	26,4	53	12,1
Cor/Raça [IBGE]										
Preta	21	72,4	1	3,4	2	6,9	5	17,2	29	6,6
Branca	132	81,5	0	0,0	7	4,3	23	14,2	162	37,0
Amarela	5	83,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	6	1,4
Parda	135	69,9	3	1,6	18	9,3	37	19,2	193	44,1
Indígena	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Branco	38	80,9	0	0,0	3	6,4	6	12,8	47	10,7
Grau de instrução										
Ensino Fundamental	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	0,5
Ensino Médio	45	54,2	2	2,4	11	13,3	25	30,1	83	18,9
Graduação	125	76,2	0	0,0	13	7,9	26	15,9	164	37,4
Pós-graduação	159	85,9	1	0,5	5	2,7	20	10,8	185	42,2
Não informou	2	50,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	4	0,9
Formação Acadêmica										
Enfermeiros	135	82,8	1	0,6	6	3,7	21	12,9	163	37,2
Assistentes sociais	32	78,0	0	0,0	2	4,9	7	17,1	41	9,4
Psicólogos	16	94,1	0	0,0	0	0,0	1	5,9	17	3,9
Médicos	17	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	3,9
Graduandos	13	81,3	0	0,0	1	6,3	2	12,5	16	3,7
Outros	72	75,0	0	0,0	8	8,3	16	16,7	96	21,9
Branco	47	55,3	3	3,5	12	14,1	23	27,1	85	19,4
NSA	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	0,7
Total	332	75,8	4	0,9	30	6,8	72	16,4	438	100,0

Tabela 2. Opiniões dos profissionais sobre a função do setor saúde na prevenção da violência contra a mulher, segundo características de trabalho no setor saúde, em 10 municípios brasileiros, 2016

Variáveis estudadas	É uma das funções da saúde desenvolver ações de prevenção da violência contra a mulher?								Total	
	Sim		Não		Sem opinião		Branco		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Função atual										
Assistência nível médio	59	59,0	3	3,0	17	17,0	21	21,0	100	22,8
Assistência nível superior	149	87,1	0	0,0	5	2,9	17	9,9	171	39,0
Referência técnica/Coordenação	71	76,3	0	0,0	4	4,3	18	19,4	93	21,2
Gestão/Administração/Direção	34	79,1	1	2,3	2	4,7	6	14,0	43	9,8
Apoio administrativo	10	62,5	0	0,0	2	12,5	4	25,0	16	3,7
Não informado	9	60,0	0	0,0	0	0,0	6	40,0	15	3,4

Tabela 2. (cont.)

Tempo na função atual										
< um ano	85	76,6	1	0,9	3	2,7	22	19,8	111	25,3
1 a 3 anos	100	85,5	0	0,0	3	2,6	14	12,0	117	26,7
> 3 anos	116	72,0	2	1,2	18	11,2	25	15,5	161	36,8
Branco	30	62,5	1	2,1	6	12,5	11	22,9	48	11,0
Quantas horas/semana trabalha nesta função										
Até 20 horas	15	71,4	0	0,0	0	0,0	6	28,6	21	4,8
De 21 a 30 horas	39	75,0	0	0,0	4	7,7	9	17,3	52	11,9
De 31 a 40 horas	232	79,2	3	1,0	19	6,5	39	13,3	293	66,9
> 40 horas	13	76,5	0	0,0	2	11,8	2	11,8	17	3,9
Branco	33	60,0	1	1,8	5	9,1	16	29,1	55	12,6
Turno de trabalho										
Manhã	22	73,3	0	0,0	2	6,7	6	20,0	30	6,8
Tarde	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	6	1,4
Noite	2	40,0	0	0,0	1	20,0	2	40,0	5	1,1
Dois turnos	242	75,9	4	1,3	24	7,5	49	15,4	319	72,8
Três turnos	32	88,9	0	0,0	1	2,8	3	8,3	36	8,2
Branco	29	69,0	0	0,0	1	2,4	12	28,6	42	9,6
Esfera administrativa										
Federal	7	87,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	8	1,8
Estadual	31	93,9	0	0,0	1	3,0	1	3,0	33	7,5
Municipal	272	73,7	4	1,1	28	7,6	65	17,6	369	84,2
Filantrópica	3	60,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	5	1,1
Privada	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,7
Outra	4	66,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	6	1,4
Mais de uma esfera	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,6
Em branco	5	71,4	0	0,0	0	0,0	2	28,6	7	1,6
Vínculo de trabalho										
Concurado	137	74,5	3	1,6	13	7,1	31	16,8	184	42,0
Contratado autônomo (RPA)	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,1
Terceirizado	6	85,7	0	0,0	0	0,0	1	14,3	7	1,6
Contratado celetista	24	72,7	0	0,0	1	3,0	8	24,2	33	7,5
Contrato Temporário	93	83,8	0	0,0	5	4,5	13	11,7	111	25,3
Outra	31	72,1	1	2,3	3	7,0	8	18,6	43	9,8
Não informado	36	65,5	0	0,0	8	14,5	11	20,0	55	12,6
Tem outro vínculo de trabalho										
Sim	97	88,2	1	0,9	2	1,8	10	9,1	110	25,1
Não	223	71,9	3	1,0	27	8,7	57	18,4	310	70,8
Não informado	12	66,7	0	0,0	1	5,6	5	27,8	18	4,1

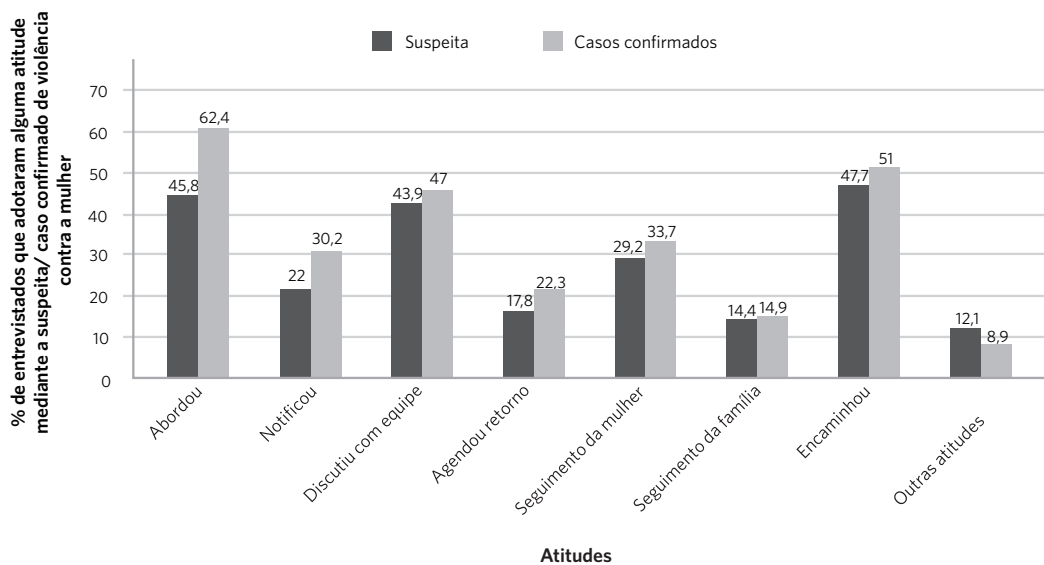
Tabela 2. (cont.)

Nível de Atenção											
Atenção Primária – APS	116	74,4	3	1,9	15	9,6	22	14,1	156	35,6	
Atenção Secundária	31	75,6	0	0,0	4	9,8	6	14,6	41	9,4	
Atenção Terciária	15	83,3	0	0,0	0	0,0	3	16,7	18	4,1	
Gestão	109	78,4	1	0,7	5	3,6	24	17,3	139	31,7	
Outros	14	63,6	0	0,0	3	13,6	5	22,7	22	5,0	
Não informado	47	75,8	0	0,0	3	4,8	12	19,4	62	14,2	
Total	332	75,8	4	0,9	30	6,8	72	16,4	438	100,0	

O número de entrevistados que suspeitou de violência cometida contra a mulher em algum atendimento realizado foi de 264 (60,2%). O número de profissionais que afirmou já ter atendido alguma mulher em situação de violência foi menor: 202 (46,1%). Embora a maior parcela de profissionais relate ter atendido casos suspeitos, menos da metade deles adotou alguma atitude com relação a esses casos, tanto para o conjunto das ações como para cada uma, em particular. A adoção de

alguma atitude por parte dos profissionais foi mais comum – embora também abaixo da metade para a maioria das ações – diante dos casos confirmados, em todas as categorias analisadas, com exceção da categoria ‘outras atitudes’, que aparece discretamente mais elevada nos casos suspeitos. Merecem destaque as atitudes ‘abordou’ e ‘notificou’, que apresentaram diferenças maiores entre os dois tipos de casos, suspeitos e confirmados (figura 1).

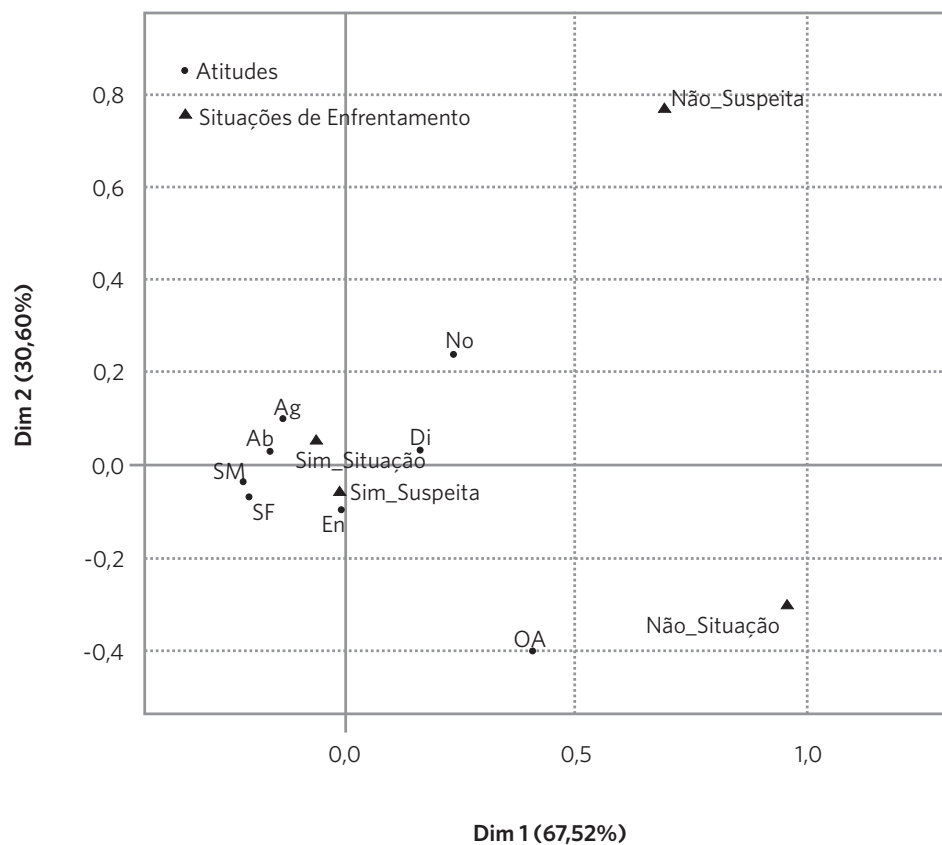
Figura 1. Atitudes dos profissionais frente a casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher, em 10 municípios brasileiros



O mapa de correspondência entre as atitudes e as situações de enfrentamento (*figura 2*) mostra a associação entre as atitudes dos profissionais segundo os casos, sejam eles suspeitos ou confirmados. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (atitudes) e dos perfis coluna (enfrentamento), deve ser analisada a *tabela 3*. No que se refere às atitudes, revela-se melhor representação de

todos os níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto para ‘encaminhou’, que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito). Com relação às situações de enfrentamento, revela-se melhor representação dos níveis ‘Sim_Suspeita’ e ‘Não_Suspeita’ a dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais níveis dão uma contribuição maior se interpretados na dimensão 1 (em negrito).

Figura 2. Mapa de correspondência entre as atitudes adotadas pelos profissionais e as situações de enfrentamento da violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros, 2016



Fonte: Elaboração própria.

Ab - Abordou; No - Notificou; Di - Discutiu o caso com a equipe; Ag - Agendou retorno; SM - Seguimento da mulher; SF - Seguimento familiar; OA - outras atitudes; En - Encaminhou.

Tabela 3. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre perfis de linha (atitudes) e perfis de coluna (enfrentamento).

Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Atitudes).			Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Enfrentamento).		
Atitudes	Dim1	Dim2	Situações de Enfrentamento	Dim1	Dim2
Ab	0,896	0,021	Sim_Suspeita	0,016	0,806
No	0,502	0,498	Não_Suspeita	0,445	0,550
Di	0,979	0,012	Sim_Situação	0,615	0,295
Ag	0,617	0,350	Não_Situação	0,901	0,095
SM	0,952	0,041			
SF	0,821	0,092			
En	0,005	0,993			
OA	0,504	0,493			

Ab - Abordou; No - Notificou; Di - Discutiu o caso com a equipe; Ag - Agendou retorno; SM - Seguimento da mulher; SF - Seguimento familiar; OA - outras atitudes; En - Encaminhou.

Com base na *figura 2* e levando em conta o peso das contribuições das duas dimensões, como apresentado na *tabela 3*, verifica-se uma associação muito forte entre os entrevistados que afirmaram ter atendido uma mulher suspeita de violência e aqueles que afirmaram ter tomado a atitude de encaminhar, bem como aqueles que discutiram o caso com a equipe. Observou-se, também, uma forte associação entre os entrevistados que afirmaram ter atendido casos de violência contra mulheres e aqueles que fizeram seguimento da mulher e de familiar, bem como com aqueles que abordaram e aqueles que agendaram retorno. Uma associação fraca foi observada entre os entrevistados que atenderam casos de violência contra mulheres e aqueles que notificaram.

Discussão

A existência de um maior número de profissionais que atenderam casos suspeitos do que o número dos que atenderam casos confirmados poderia estar associada ao fato de os profissionais, rotineiramente, adotarem uma postura de não buscar a identificação dos casos suspeitos, deixando, desse modo, os

casos de violência instalada na invisibilidade, fato corroborado em estudo realizado com profissionais da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina/Brasil, onde os participantes relataram muitas vezes suspeitar de situações de violência, preferindo, porém, calarem-se por não saberem como dar seguimento ao atendimento em caso de violência confirmada⁷. Por outro lado, a dificuldade de detecção de casos de violência se revela pelo baixo percentual de profissionais que relataram ter atendido mulheres em tal situação – menos da metade para casos confirmados e, em proporção um pouco maior, mas ainda insuficiente, para os casos suspeitos –, fato corroborado pela literatura, por exemplo, em estudo com profissionais de um hospital em Barcelona/Espanha. Esse relato ocorreu com menos da metade dos entrevistados⁸. Outro estudo com profissionais de saúde, em Múrcia/Espanha, revelou que apenas um quarto dos entrevistados relatou já ter atendido casos de violência contra a mulher em sua prática profissional⁹. A baixa detecção de casos é relatada, ainda, em estudo com profissionais da atenção primária, em Madri¹⁰, e também por profissionais de saúde em Angola¹¹. Ramsay et al.¹², ao estudar uma coorte de médicos e

enfermeiros nas cidades de Londres e Bristol/Inglaterra, constataram que mais da metade dos profissionais não pergunta às mulheres sobre abuso em sua rotina de trabalho, sendo que 40% dos profissionais admitiram nunca – ou só raramente – interrogar a mulher sobre vivência de situações de violência, mesmo na presença de lesões físicas. D'Oliveira et al.¹³, por sua vez, afirmam a importância desses achados, uma vez que podem implicar, tanto para as mulheres quanto para os profissionais, a banalização da ocorrência, sua descaracterização e sua percepção como problema não inerente ao setor saúde.

A omissão dos profissionais mediante a violência ganha visibilidade ainda maior ao se verificar a alta proporção dos profissionais que não adotaram alguma atitude para condução dos casos, sejam eles suspeitos ou confirmados (embora um pouco menor para os últimos). Sabe-se que a busca do serviço de saúde de fato se dá, muitas vezes, pelas lesões físicas decorrentes da violência, no entanto, o atendimento a esses casos não deve restringir-se ao tratamento de tais lesões.

Embora o percentual de profissionais que agem frente à violência esteja muito aquém do desejado, é necessário reconhecer que há um melhor desempenho quando se trata de caso confirmado, pelo menos em termos quantitativos, como mostra a associação encontrada entre casos confirmados e atitudes de seguimento e agendamento de retorno da mulher, seguimento familiar e abordagem dos casos, na análise de correspondência. A explicação para tal achado seria o fato de que na evidência clara de uma violência instalada, seja pela presença de lesões ou pelo próprio relato da mulher, o profissional se sinta na obrigação de adotar alguma atitude frente a esses casos, mesmo que sejam atitudes pontuais, situação que foi explicitada por um dos participantes de uma pesquisa realizada por Kind et al.¹⁴. Se esse é um achado positivo, a situação, no conjunto, é complexa e preocupante, por tudo que foi dito antes e ainda pelo fato de se acrescentar, agora, de que uma das atitudes mais frequentemente

adotadas é exatamente o encaminhamento. Como o problema é complexo, ele demanda o envolvimento de vários setores e profissionais, com vistas à garantia de uma atenção integral a essas mulheres. No entanto, o encaminhamento sem um sistema de referência e contrarreferência e sem o conhecimento dos fluxos e de articulações bem definidas não garante a continuidade do cuidado¹¹, ao contrário disso, representaria apenas uma 'transferência' de responsabilidade a setores e profissionais que estariam mais bem preparados para esse tipo de atendimento¹⁵⁻¹⁷.

Outro problema crucial concerne às notificações. Os resultados mostraram que os profissionais notificam mais os casos confirmados do que os suspeitos, e, ainda assim, a análise de correspondência mostrou associação fraca entre casos confirmados e atitude de notificar, revelando, portanto, subnotificação tanto em casos suspeitos quanto em casos confirmados de violência contra a mulher. Essa realidade é identificada, também, por outros pesquisadores^{5,14,15,18}.

Sabe-se que a notificação é um importante dispositivo para a geração de dados epidemiológicos que permitem desvelar a magnitude da violência contra a mulher e subsidiar a elaboração de políticas públicas de enfrentamento do problema. No Brasil, desde 2003 a suspeita ou a confirmação de casos de violência contra a mulher configura-se em agravo de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados¹⁹. Todavia, a compulsoriedade por si só não garante o aumento das notificações¹⁴, fato que pode ser corroborado na presente pesquisa e por outros autores que mencionam a precariedade da realização desse ato em seus estudos^{5,20}. Em pesquisa realizada com profissionais de saúde na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil, Kind et al.¹⁴ buscaram identificar as dificuldades enfrentadas com a notificação de violências, e concluíram que esses profissionais vivenciam vários dilemas e atravessamentos diante da violência contra a mulher. Medo de retaliações, dificuldade ou constrangimento de preencher a Ficha,

sobrecarga no cotidiano do serviço e dificuldade em lidar com os casos foram justificativas apresentadas para a não realização da notificação. Houve, ainda, aspectos observados pelas pesquisadoras que, segundo elas, dificultam o avanço nas discussões e ações atinentes ao problema, como, por exemplo, a concepção da notificação e da denúncia como sinônimas.

Não obstante o desempenho insuficiente dos profissionais, predomina entre eles o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema inerente ao setor saúde, o que é também encontrado em outros estudos sobre essa temática^{10-12,20,21}. O fato de ser esse reconhecimento maior entre profissionais mais jovens é corroborado por Machado et al.²², ao estudar as crenças e atitudes de profissionais da saúde, agentes de segurança e professores, em face da violência conjugal. As autoras analisam esse achado como resultante do fato de os profissionais mais novos terem crescido num contexto social onde se assiste a uma consciência cada vez maior dos direitos humanos, da importância da igualdade nas relações íntimas e dos efeitos deletérios da violência na vida das mulheres, nos aspectos psicológicos, sociais e de saúde.

Apesar desse conhecimento, há trabalhos que revelam, assim como aconteceu com uma parcela significativa de participantes da nossa pesquisa, que muitos profissionais não reconhecem a violência contra a mulher como objeto de trabalho em saúde^{4,8,15,16,23,24}. Assim, ainda que nossos resultados sejam positivos ao identificar níveis relativamente baixos de não reconhecimento da relação inerente à violência e à saúde das mulheres e, portanto, do seu enfrentamento pelo setor saúde, não se pode minimizar a presença de respostas negativas ou omissas, principalmente quando elas envolvem parcela de profissionais que ocupam cargos na gestão, na referência técnica/coordenação de atenção à mulher em situação de violência e papel direto na atenção, como, por exemplo, assistentes sociais e profissionais de nível médio, entre eles, os ACS, pois, atuando na rede de atenção à mulher em situação de violência em diversos

setores, esses profissionais são os responsáveis pelo enfrentamento do problema e pela promoção de uma atenção integral às mulheres que vivenciam tais situações.

Os gestores desempenham papel fundamental no planejamento e na implementação das ações e políticas públicas, além de participarem da alocação de recursos para instrumentalizar os serviços e profissionais que lidam com o problema da violência contra a mulher em seu cotidiano de trabalho. Os responsáveis pela saúde da mulher, na qualidade de coordenadores ou de referências técnicas, trabalham na formação e na capacitação de prestadores de cuidado e ainda têm a função de articuladores da rede de atenção de forma a fornecer uma resposta intersetorial para o problema da violência contra a mulher. Contudo, parece subsistir uma relutância ou hesitação por parte desses profissionais responsáveis pela saúde da mulher em intervir, e essa postura pode dever-se à falta de conhecimento e de reconhecimento da violência como problema a ser enfrentado pelo setor saúde, conforme aponta um estudo que analisou as agendas públicas locais de saúde, direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres rurais, na perspectiva dos gestores de municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul²⁵. As autoras identificaram uma tendência de ‘transferência de responsabilidade’ do setor saúde para o setor de segurança, o que, na opinião delas, resulta na exclusão da violência nas prioridades em saúde, no entendimento de que a violência é de competência de outra esfera.

Não é, contudo, apenas entre gestores e responsáveis pela atenção à saúde da mulher que essa concepção foi identificada, apesar de, como já se disse, a violência contra a mulher ser um problema complexo, que produz demandas das mulheres que extrapolam o poder de resolutividade de um único setor^{15,26}. Os assistentes sociais também demonstraram falta de reconhecimento do papel do setor saúde no enfrentamento desse problema, fato que revela a necessidade de se buscar, entre esses profissionais, uma melhor compreensão das

diferentes dimensões da existência do sofrimento das mulheres em situação de violência, entre elas, os prejuízos à saúde.

Reafirmando tal necessidade, Gomes et al.²⁷ referem que o assistente social vem ganhando espaço de atuação no cenário da saúde, a partir do reconhecimento do potencial que esse profissional possui de identificar e intervir nos problemas sociais que interferem no processo de adoecimento das mulheres em situação de violência.

A necessidade de aumentar o reconhecimento da violência contra as mulheres como objeto de atuação do setor saúde se estende, também, à parcela dos profissionais de nível médio, entre eles, os ACS, pois tais profissionais, como apontam alguns estudos²⁸⁻³⁰, são atores estratégicos na atenção a mulheres em situação de violência. Estudo que buscou compreender a visão do ACS acerca da violência contra a mulher mostrou que as posições e concepções desses profissionais estavam majoritariamente apoiadas no senso comum e pautadas na ideologia da dominação masculina com relação à violência de gênero²⁹, o que coloca em evidência o despreparo desses profissionais frente à violência contra a mulher. Nesse sentido, a capacitação do ACS pode ser um foco importante, pois o reconhecimento desses agravos requer um elevado grau de suspeição e sensibilidade para a sua adequada detecção, capaz de desnaturalizar situações, estimular e fornecer subsídios para o agir³¹. Ainda no mesmo sentido, Silva et al.³² referem que a reflexão e a discussão da prática assistencial, na perspectiva do gênero, podem subsidiar os profissionais na construção de condutas e fazer com que pensem em mecanismos que suplantem as dificuldades conjugais de mulheres e homens que vivem em situação de violência, geradas pelas desigualdades de gênero.

No tocante às razões da falta de reconhecimento identificada entre os profissionais participantes da pesquisa, da violência contra a mulher como problemática a ser enfrentada pelo setor saúde, a literatura atual sobre o tema aponta vários fatores que despontam como hipóteses explicativas para esse achado,

todos indicativos de deficiências no processo de formação dos profissionais para lidarem com questões complexas como a violência contra a mulher^{15,25,33,34}.

A nosso ver, o sucesso no reconhecimento e no enfrentamento da violência contra as mulheres pelos profissionais que as atendem, seja nos serviços de saúde ou em outros pontos da rede de atenção, tem como ponto central a forma como os profissionais abordam essa questão junto às mulheres por eles atendidas, em contradição com a reconhecida dificuldade dos profissionais, sobretudo os da saúde, na condução desse processo, como mostram os inúmeros estudos sobre o tema^{4,15,23,25,35,36}.

Importante aspecto que guarda relação com o reconhecimento desse agravo pelos profissionais que lidam com mulheres em situação de violência diz respeito à construção social de gênero²¹. Muitos estudos revelam que os profissionais, sobretudo os da saúde, trazem para o campo da prática profissional fortes traços da construção da identidade de gênero^{4,29,33,34,37}, que reproduzem a naturalização da opressão feminina no âmbito da atenção à saúde¹⁶, fato que dificulta o exercício da prática profissional como instrumento de emancipação social da mulher^{29,33}. Desse modo, as intervenções direcionadas às mulheres em situação de violência são orientadas pelo entendimento que os profissionais têm sobre o fenômeno e as necessidades apresentadas pelas pessoas que o vivenciam, necessitando, portanto, que esses profissionais tenham consciência e clareza das próprias crenças e concepções, de forma que julgamentos morais não interfiram negativamente em suas ações³⁵.

Uma das dificuldades da inclusão da violência nas agendas de saúde se associa à 'invisibilidade' do fenômeno pelos gestores e responsáveis pela saúde da mulher nos municípios estudados, uma vez que, se o problema 'não existe', ele não se coloca enquanto problemática geradora de práticas em saúde²⁵.

Por várias razões, as mulheres que buscam atendimento nos serviços de saúde apresentam dificuldades em relatar aos profissionais a

vivência de violência, estabelecendo-se, então, uma espécie de pacto tácito onde ‘as mulheres não contam e os profissionais não perguntam’⁶. Esse fenômeno, nomeado como a ‘invisibilidade’ da violência no campo da saúde^{23,38,39}, tem sido atribuído por muitos autores, em grande medida, pelas práticas assistenciais reduzidas ao biologicismo e fragmentadas, hegemônicas nas profissões em saúde^{4,24,34}. Ao se reduzir o problema ao âmbito biológico, ocorre uma valorização da queixa física e do sinal para reconhecer a patologia, tratar e cuidar³², fato que leva os profissionais a direcionar seus olhares ao corpo individualizado e apartado da sua existência psíquica, das especificidades de sua inserção social e das significações culturais atribuídas à experiência do indivíduo no mundo, conforme muito bem colocado por Kiss e Schraiber⁴.

Aliada aos fatores já descritos, a falta de capacitação profissional para lidar com a questão tem sido amplamente difundida na literatura atual como um fator que dificulta a atenção às mulheres em situação de violência, especialmente ao reconhecimento do agravo pelos profissionais^{2,3,15,18,25,26,40}.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul/Brasil, com o objetivo de analisar as limitações da prática assistencial de profissionais de equipes de saúde da família a mulheres em situação de violência, mostrou que o despreparo desses profissionais para lidar com a violência foi por eles apontado como uma das condições restritivas a uma prática eficiente³.

Ainda no mesmo sentido, em uma pesquisa com macrogestores da saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos e técnicos de enfermagem, em três hospitais nacionais de Luanda/Angola, a visão de que a falta de capacitação profissional representa a maior dificuldade de atuação frente às situações de violência foi unânime entre os entrevistados¹¹. Realidade apresentada, também, em outro trabalho realizado em Londres e Bristol/Inglaterra, com médicos e enfermeiros, que constatou a falta de preparo desses profissionais para atender às necessidades de mulheres em situação de violência¹².

Essa deficiência incide negativamente, é claro, no processo de reconhecimento e abordagem da violência contra a mulher pelos prestadores de cuidados e falaria a favor da necessidade de capacitação profissional identificada, que, neste estudo, elucida o baixo desempenho dos profissionais para abordar casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher, bem como para a realização de ações direcionadas a esse público na rotina dos serviços. Dessa constatação também emerge a necessidade de integrar temas relacionados à violência contra a mulher nos currículos de graduação de todos os prestadores de cuidados à mulher em situação de violência, bem como a formação em serviço, conforme tem sido, também, apontado por muitos estudos^{2,12,18,20,34}.

Em que pese à reivindicação por capacitação profissional e a reafirmação, na literatura brasileira, da capacitação de profissionais como estratégia eficaz, é intrigante reparar, conforme foi revelado em revisão sistemática que avaliou a eficácia das intervenções para a prevenção da violência contra mulheres e meninas, que a formação do pessoal da segurança e da polícia e a capacitação de profissionais de saúde, de forma isolada, não constituem caminho adequado para o investimento de recursos, pois não há evidência científica suficiente para recomendá-las. Ao contrário disso, a evidência indica que ações multicomponentes podem ser mais eficazes do que ação isolada⁴¹. Corroborando tal formulação, estudo realizado na Alemanha sobre a experiência de implantação de projeto piloto para melhorar a abordagem de médicos a mulheres em situação de violência mostrou que a combinação da abordagem pessoal (sensibilização) desses profissionais, formação específica e trabalho em rede, produziu melhorias na abordagem desse problema⁴².

Outro importante estudo controlado randomizado, realizado em Londres e Bristol/Inglaterra, que avaliou a eficácia de treinamento associado à implantação de programa informatizado para dar suporte aos

encaminhamentos feitos, com fluxos bem definidos e ainda combinado com suporte ao profissional e às mulheres encaminhadas por eles, concluiu por fortes evidências que tal intervenção melhora a resposta dos clínicos às mulheres em vivência de violência doméstica, além de permitir o acesso à defesa, que, nesse caso, tem o potencial de reduzir a revitimização e melhorar a qualidade de vida e os resultados de saúde dessas mulheres⁴³.

Considerações finais

Desvelar a violência contra a mulher é um desafio que precisa ser assumido como compromisso pelos profissionais que atuam na rede de atenção às mulheres. Em que pese a sua elevada magnitude e repercussões que causam na vida das mulheres, a violência é um problema que permanece oculto e, por vezes, ignorado pelos profissionais. O baixo desempenho na abordagem dos casos de violência contra a mulher, sejam eles suspeitos ou confirmados, identificado neste estudo, faz um convite à reflexão sobre o cuidado que tem sido prestado às mulheres em situação de violência. A promoção de uma atenção integral a esse público exige o reconhecimento do problema em toda a sua complexidade, requerendo dos profissionais que o atendem sensibilidade para acolher a violência como demanda das mulheres, além da reorientação das práticas profissionais de forma a romper com o modelo tradicional hegemônico, fragmentado e exclusivamente biológico.

Ainda que a notificação de casos de violência seja de cunho obrigatório em todo território nacional, o predomínio da subnotificação aponta para a necessidade de sensibilizar os profissionais quanto à importância dessa ação para dar visibilidade ao problema da violência e subsidiar políticas para seu enfrentamento.

O estudo aponta, ainda, a necessidade de

eleva o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema inerente, não apenas, mas também, ao setor saúde, sendo a falta de reconhecimento indicativa de deficiências na formação dos profissionais para lidar com questões complexas como a violência. As atitudes profissionais pautadas em valores e crenças pessoais, práticas assistenciais fragmentadas e com enfoque biológico e a falta de capacitação profissional despontam como fatores que dificultam o reconhecimento desse agravo pelos profissionais e constituem um grande obstáculo para uma atuação eficiente frente aos casos de violência contra a mulher.

Os desafios são grandes e, como problema complexo, exigem, também, soluções complexas. A inclusão de temas relacionados à violência contra a mulher nos currículos de graduação dos profissionais e a capacitação profissional para o atendimento aos casos se configuram como estratégias muito importantes, no entanto, só terão eficácia de fato se integradas a outros componentes, como, por exemplo, a sensibilização dos profissionais para trabalharem com essa problemática e a capacitação para o trabalho em rede e de forma interdisciplinar.

Colaboradores

Melo EM contribuiu para o planejamento e desenho do projeto; análise; redação de parte do texto, revisão crítica e aprovação final do artigo. Magalhães MAN contribuiu para o desenho, a execução da pesquisa e revisão do texto. Tavares R contribuiu para a análise estatística e revisão do manuscrito. Lopes JG contribuiu para a execução de campo, tratamento dos dados e redação de parte do texto. Souza EG contribuiu para a concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Melo EM. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. Ciênc. Saúde Colet. 2015a; 20(1):249-258.
4. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(3):1943-52.
5. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. Acta Paul Enferm. [internet]. 2013 [acesso em 2016 out 10]; 26(6):608-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/16.pdf>.
6. Baraldi ACP, Almeida AMD, Perdoná GC, et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2012; 12(3):307-318.
7. Gomes NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2013; 17(4):683-689.
8. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(1):7-10.
9. Alcaraz CL, Roche FP, Hernández MT, et al. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Revista de Enfermagem da UFSM [internet]. 2014 [acesso em 2016 jul 5]; 4(1):217-226. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11010/pdf>.
10. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, et al. Profesionales de atención primaria de madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. Revista Española de Salud Pública. 2012; 86(1):85-99.
11. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(6):1229-38.
12. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. Br J Gen Pract. 2012; 62(602):e647-e655.
13. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14(4):1037-50.
14. Kínd L, Orsini MLP, Nepomuceno V, et al. Subnotificação e (in)visibilidade de violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(3):1805-1815.
15. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service. Interface (Botucatu) [internet]. 2014 [acesso em 2016 fev 12]; 18(48):47-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0047.pdf>.
16. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. Revista Brasileira de Educação Médica. 2013; 37(1):110-119.
17. Cortes LF, Padoin SMM, Vieira LB, et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. Rev. Gaúcha Enferm. 2015; 36(esp):77-84.

18. Visentin F, Letícia BV, Trevisan I, et al. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest. Educ. Enferm.* 2015; 33(3):556-564.
19. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União.* 25 Nov 2003.
20. Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2014; 22(1):1-9.
21. Gomes NP, Garcia TCS, Conceição CR, et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde debate.* 2012; 36(95):514-522.
22. Machado C, Matos M, Saavedra R, et al. Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. *Acta médica portuguesa [internet].* 2009 [acesso em 2015 dez 11]; 22(6):735-742. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30941/1/Revista%20Ata%20Me%CC%81dica%20VD%20crenc%CC%A7as%20e%20atitudes%20dos%20profissionais.pdf>.
23. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev. Med (São Paulo).* 2013; 92(2):134-40.
24. Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, et al. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* 2013; 14(4):683-93.
25. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Agendas públicas de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres rurais: análise do nível local no Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(5):1379-1387.
26. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde e sociedade.* 2014; 23(3):778-786.
27. Gomes NP, Erdmann AL, Gomes NR, et al. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. *Rev. salud pública.* 2015; 17(6):823-835.
28. Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, et al. Educating Community Health Agents to face gender violence: contributions from Popular Education and feminist pedagogy. *Interface (Botucatu) [internet].* 2014 [acesso em 2016 jan 10]; 18(supl):1241-1254. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1241.pdf>.
29. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2009; 17(6):974-80.
30. Signorelle MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(6):1230-1240.
31. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(1):180-186.
32. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2015b; 24(1):229-37.
33. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia de Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(2):304-11.
34. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc. São Paulo.* 2011; 20(1):124-135.
35. Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas.* 2010; 18(1):33-60.

36. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, et al. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital* [internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 21]; 12(3):237-54. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al/1110-pdf-pt>.
37. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comun. Saúde Educ.* [internet]. 2009 [acesso em 2016 maio 19]; 13(31):287-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a05v1331.pdf>.
38. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface Comun. Saúde Educ.* [internet] 1999 [acesso em 2016 jun 13]; 3(5):11-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>.
39. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comun. Saúde Educ.* [internet]. 2003 [acesso em 2016 maio 12]; 7(12):41-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a03.pdf>.
40. Stewart DE, Aviles R, Guedes A, et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BMC Public Health.* 2015; 15(1):665.
41. Jewkes R, Hilker LM, Khan S, et al. What works to prevent violence against women and girls – Evidence Reviews: Response mechanisms to prevent violence against women and girls [internet]. *What Works to Prevent Violence*; 2015 [acesso em 2018 dez 12]. Disponível em: <https://www.whatworks.co.za/documents/publications/36-global-evidence-reviews-paper-3-response-mechanisms-to-prevent-violence-against-women-and-girls/file>.
42. Graß H, Berendes L, Mützel E, et al. Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen. *Rechtsmedizin.* 2013; 23(3):180-185.
43. Feder G, Davies RA, Baird K, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet.* 2011; 378(9805):1788-1795.

Recebido em 30/05/ 2017

Aprovado em 19/11/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora

Conflict mediation in SUS as a transformative political action

Luciana Parisi¹, Jandira Maciel da Silva²

DOI: 10.1590/0103-11042018S402

RESUMO Este artigo apresenta uma análise de processos de mediação de conflitos no trabalho, realizados no âmbito da instituição pública e gestora do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-SUS-BH) e conduzidos pela Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GGTE) da própria Instituição no período entre 2012 a 2015. A análise foi dirigida aos processos de quatro coletivos de trabalho, sendo três em centros de saúde e outro em uma gerência de atividade meio da SMSA. Utilizou-se como metodologia a pesquisa documental, analisada sob dois referenciais distintos: análise das narrativas na perspectiva do modelo de mediação Circular Narrativo e análise das Clínicas do Trabalho. Os resultados evidenciaram que a mediação foi bem sucedida em duas unidades analisadas e parcialmente em uma terceira. Na quarta unidade a mediação não restabeleceu o diálogo entre a chefia e seus subordinados e foi possível compreender quais fatores influenciaram o resultado. Os determinantes dos conflitos analisados foram compreendidos nas quatro unidades analisadas. Os resultados mostraram que, mesmo em ambientes hierarquizados, é possível utilizar a prática da mediação com sucesso.

PALAVRAS-CHAVE Negociação. Trabalho. Relações interpessoais.

ABSTRACT *This research aimed to analyze mediation processes in labor disputes, within the public institution and manager of the Unified Health System of Belo Horizonte – Municipal Health Department of Belo Horizonte (SMSA-SUS-BH) and conducted by the Human Resources and Health Education Office (GGTE) pertaining to the institution itself from 2012 to 2015. The analysis was addressed to the processes carried out in four working collectives, being three health centers and one activity management of the SMSA. Documentary research was used as methodology, analyzed as for two different frameworks: narrative analysis from the perspective of the Circular Narrative mediation and clinical work. Results showed that mediation was successful in two units and partly successful in a third one. In the fourth unit, mediation did not restore the dialogue between leadership and subordinates making possible to understand what factors influenced the outcome. The determinants of the analyzed conflicts made part of the four analyzed units. Results showed that, even in hierarchical environments, mediation practice could be successfully employed.*

KEYWORDS *Negotiation. Work. Interpersonal relations.*

¹Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9233-5806> lucianaparisibh@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9990-9323> jandira.maciel@gmail.com



Introdução

A maioria dos conflitos da vida humana não está no *script* das condutas obrigatórias e proibidas, ou seja, ocorre fora da esfera penal e, portanto, acontece na vida cotidiana, na vida privada, nas relações sociais, comerciais, laborais, internacionais etc. Na sociedade contemporânea, segundo Castells¹, há a tendência de aceleração das polarizações e desigualdades sociais mesmo dentro das sociedades supostamente civilizadas. Boqué² afirma que tal tendência só poderá ser alterada se o homem assumir a rédea e se responsabilizar pelo mundo que produz e que partilha e a necessidade de mudança social na fibra humana que sobrepõe as questões de ordem econômica. Considera que, para isso, sejam fundamentais os princípios básicos da compreensão do respeito à pluralidade e das práticas democráticas. Para Folger e Bush³, a relação que se estabelece entre humanos é a pedra angular dos conflitos, relação entendida como a experiência no contato com o outro e pelo impacto que produz. Maturana⁴ afirma só haver possibilidade de relações sociais se fundamentam na aceitação do outro como um legítimo outro da convivência. Celebrar a diferença em vez de penalizá-la significa que a procura dos pontos comuns deve ser acompanhada pela constatação da singularidade e da diversidade dos seres humanos. A questão não radica em cooperar, porque temos interesses parecidos, mas em compreender que o que é verdadeiramente valioso é colaborar a partir da aceitação da diferença².

Segundo Boqué², a mediação deve ser entendida como possibilidade para a coesão social numa sociedade de confrontação. Mediar significa optar por uma via contrária à exclusão, que extirpa o outro com o qual se tem desavenças. Também não se pauta em preconceções sobre o conflito. Propõe dar voz aos envolvidos para que assumam seu protagonismo e construam novas histórias a partir das narrativas preconcebidas sobre as diferenças. A ação e a palavra possibilitam que o ser humano imprima

não o que faz não o que produz, mas o que é sua autoria, sua assinatura e sua liberdade no mundo dos homens⁵. A mediação, ao oportunizar o diálogo, tem um caráter de facilitar as conexões entre as complexas e múltiplas dimensões próprias do viver junto, sempre permeado pelos conflitos e contradições².

Cobb⁶ propõe uma reflexão sobre as concepções que explicam as disputas humanas. Compreender como surgem e se mantêm é fundamental para orientar sua condução. Optar pela mediação é uma escolha política em sociedades onde a cidadania, o protagonismo, a autonomia, a participação e a responsabilização são valores desejáveis. Assim, ao abrir o diálogo compreensivo entre as partes conflitantes, a mediação pretende incluir as diferenças e evitar as exclusões.

Modelos de mediação de conflitos

No campo específico da mediação, ao longo dos últimos 50 anos, três modelos têm sido desenvolvidos, que se diferenciam por focar preferencialmente em um dos seguintes elementos: 1) no conflito, 2) nas partes conflitantes ou 3) no processo de comunicação que se estabelece entre as partes². Dessa forma, temos o modelo de solução de problemas que está associado à escola de negociação de Harvard, Estados Unidos da América (EUA). Centra seu foco nos aspectos objetivos do conflito e nos interesses comuns entre as partes, neutralizando aspectos subjetivos tais como percepções e emoções. O modelo transformativo, associado aos autores A. Baruch Bush da Hofstra University, EUA e Joseph P. Folger da Temple University, EUA, está centrado no relacionamento que se constrói a partir do processo de mediação. O Modelo Circular Narrativo, adotado pelas autoras deste estudo, foi proposto por Sara Cobb, da Universidade George Mason, EUA². Estruturou-se a partir de pressupostos da terapia familiar sistêmica, teoria geral dos sistemas, teoria do observador, construcionismo

social, teoria da narrativa, psicologia social de Pichon Rivière, cibernética de segunda ordem, teoria da desconstrução de Derrida, contributos de Foucault e outros². Propõe a superação das explicações sobre o conflito enraizadas no positivismo lógico, onde cada parte envolvida atribui uma causalidade linear, culpabilizando o outro pela manutenção do conflito.

Cobb⁷ entende que as narrativas se encadeiam inicialmente para dar uma imagem final de infelicidade a uma das partes e de culpabilidade à outra. Nos conflitos, os adversários constroem narrativas de acusação, de reprovação, de justificativa e de negação. As narrativas dos conflitos têm características semelhantes aos sistemas, podendo ser abertas ou fechadas. As narrativas fechadas são impermeáveis e estruturadas de modo a impedir a entrada de outras narrativas alternativas. Assim, um tema principal só aceita outras narrativas a que se alinhe ou reforce. Essa sequência foi denominada por Cobb⁷ colonização da narrativa. As narrativas fechadas criam a dicotomia vítima versus vitimário, onde há sempre um lado certo e um lado errado.

A mediação possibilita abrir as narrativas das partes envolvidas, permitindo-lhes contextualizar suas disputas de forma mais ampliada, de compreender as diferenças, de rever posições, formas de interação, de se implicar, de assumir responsabilidades e criar narrativas alternativas que modifiquem os valores e as características das narrativas anteriores⁷.

Na mediação, o objetivo não seria apurar as verdades, mas interromper a violência e facilitar a resignificação das narrativas⁸. A mediação propicia a abertura das diversas narrativas, respeitando-se princípios éticos para oportunizar a resignificação dessas histórias em direção a outra mais completa e inclusiva do que as anteriores⁷. O mediador facilita o diálogo, a aceitação do outro e das diferenças, considerando que os conflitos são, por natureza, complexos, permeados pelo subjetivo, pelos interesses individuais e de poder. Encara o acordo apenas como uma possibilidade e não como uma finalidade. Propicia o diálogo, facilita a ordenação dos afetos e,

consequentemente, da razão⁹. O mediador está inserido no processo e não no conflito. Boqué² afirma que o mediador oportuniza o protagonismo das partes, tendo a obrigação principal de manter a equidade de poderes e potencializar a autodeterminação. Assim, teria um papel integrador, compensando partes débeis para alcançar equilíbrio de poder, fundamental para superação da violência e da exclusão. Não deve externalizar responsabilidades, pois é dessa forma que as partes tentam explicar o conflito e por isso o perpetuam⁶.

Mediação de conflitos no trabalho em saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da resistência ao regime totalitário brasileiro, sustenta princípios que preconizam gestões democráticas e participativas com produção de “subjetividades ativas, críticas e solidárias”¹⁰⁽⁶⁸³⁾. Por outro lado, o SUS sofre as influências dos modelos econômicos hegemônicos subordinados modelo neoliberal predominante do setor privado, que, incorporado à gestão de saúde pública, imprime subjetivações individualizantes, fragmentadas e competitivas, antagônicas ao cunho universal e solidário do SUS.

A subjetivação individualista neoliberal, ao contaminar o profissional, a organização dos serviços de saúde e da gestão, produz atos parcelados, fragmentação das equipes de trabalho, hipervalorização de procedimentos técnicos e tecnológicos em detrimento do cuidado que afasta a subjetivação solidária e coletiva¹⁰. Nesse sentido, o neoliberalismo produz a exclusão, agrupa os afins, cria guetos, produz a rejeição e dificulta a sociabilidade.

A mediação de conflitos no trabalho em saúde, ao propor a compreensão, a aceitação da diversidade e o diálogo, adquire um sentido de transformação das subjetividades e de resistência às proposições de exclusão e de utilitarismo.

A Gerência de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde/SUS/Belo Horizonte (GGTRA/SMSA/SUS/BH) vem

desenvolvendo, desde 2001, o acompanhamento sócio funcional de trabalhadores da instituição. Essa atividade procura atender aos trabalhadores que se encontram em sofrimento, gerado ou não a partir da atividade de trabalho, mas sempre estabelecendo uma relação com ela. O atendimento aos trabalhadores pode acontecer individualmente, como também por meio de coletivos de trabalho. Vale destacar que, mesmo nos acompanhamentos individuais, o que se busca é a restauração ou desenvolvimento do sujeito coletivo¹¹. Quando há um conflito identificado no acompanhamento, faz-se a opção de conduzi-lo por meio de métodos dialógicos tais como a Intervenção Psicossocial ou a Mediação, sendo esta o objeto deste artigo.

A mediação no trabalho no SUS-BH ocorre dentro de limites administrativos, legais e institucionais, mas seu campo de atuação vai além do produzido, do desempenho e do resultado. O mediador propicia condições adequadas para que se descortinem os conflitos e suas conexões entre a subjetividade e os processos de trabalho, estabelece um clima psicológico de segurança que facilita a liberdade de expressão, a redução das defesas e a igualdade de direito à fala. À medida que o entendimento do conflito aumenta, o mediador convoca as partes conflitantes a proporem soluções e sugestões para seu enfrentamento por meio de pacto coletivo entre as diversas singularidades¹¹. A mediação abre caminho para auxiliar o trabalhador a compreender as origens de seu sofrimento de modo a construir processos de enfrentamento.

Nessa linha, este estudo objetivou categorizar os tipos de conflitos no trabalho, investigar o papel da mediação na compreensão de tais conflitos e avaliar se a mediação contribuiu para migrar de uma posição de confronto para uma via pacífica de condução do conflito.

Metodologia

Adotou-se a pesquisa qualitativa como meio de investigação, tendo como caminho metodológico a análise documental e de narrativas. Houve uma

articulação teórica em torno da concepção de mediação, de conflito e de trabalho, analisadas sob os referenciais das clínicas do trabalho e dos modelos de mediação circular narrativo.

Sob a denominação clínicas do trabalho subentende-se um conjunto de teorias que, embora tenham divergências epistemológicas e metodológicas, têm como foco de estudo a relação que se estabelece entre trabalho e subjetividade. A partir das clínicas do trabalho, para fins deste estudo, foi dada ênfase à clínica da atividade, proposta por Yves Clot e Daniel Faïta¹². A clínica da atividade oferece instrumentos capazes de aumentar a compreensão sobre o poder de agir dos trabalhadores frente às situações de trabalho real. Aborda o sofrimento no trabalho sem associá-lo, exclusivamente, às características individuais do trabalhador, mas à interface entre esse sujeito e o campo social no qual está inserido. Traz também contribuições sobre os aspectos positivos e criativos do trabalho¹². Ainda de acordo com as clínicas do trabalho, foram incorporadas conceitos de Danièle Linhart¹⁵ e Gaulejac¹⁶, respectivamente, sobre precariedade subjetiva no trabalhador terceirizado e gerencialismo.

Os pressupostos teóricos do modelo de mediação circular narrativo foram apresentados anteriormente. A pesquisa documental foi realizada em quatro casos de acompanhamentos coletivos selecionados no arquivo da GGTRA/SMSA/SUS/BH, realizados entre 2012 e 2015. De início, foram identificados oito casos. Como, dentre eles, sete estavam em três distritos sanitários diferentes, optou-se por sortear um caso em cada um desses três distritos, aos quais foi somado o único caso do nível central da SMSA, totalizando os quatro casos selecionados. Optou-se por manter como quarto caso de análise da mediação um caso do nível central da gestão, tendo em vista a distinção do tipo atividade meio exercida, enquanto os demais casos executam atividade fim na SMSA.

Para validar a seleção e a análise dos documentos, além da própria pesquisadora, que faz parte do grupo de técnicos que trabalha na GGTE, outras três profissionais da mesma

instituição que não participaram dos processos de mediação selecionados foram incluídas nos processos de análises.

Os documentos analisados referiram-se a diferentes conteúdos sobre os conflitos, como relatórios, registro de reuniões, documentos da Gerência de Perícia Médica, comunicados da Corregedoria Geral do Município, conversas por *e-mail* e transcrição de depoimentos de trabalhadores.

Na análise dos dados, não se pretendeu fazer julgamentos sobre as intenções dos narradores, mas constituir significados às situações vividas, trazer uma compreensão sobre a condução e evolução dos conflitos narrados, estabelecer conexões com o contexto e com as atividades. Para Vieira¹³, o estudo da narrativa significa estudar a ação dos homens, sua intencionalidade, sua representação de tempo e da própria vida. A narrativa faz a intermediação entre o indivíduo e a cultura.

Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), CAAE 52841916.7.3001.5140 e do Comitê de Ética do SUS-BH – Parecer 1.508.397.

Resultados e discussão

Os casos conflitivos analisados haviam sido encaminhados à GGTRA com solicitação de intervenção. Em todos eles, após ouvir a narrativa trazida pelos distritos e pela gerência, os mediadores propuseram encontros com os trabalhadores e gestores para inclusão da narrativa dos trabalhadores. Solicitaram aos gestores que não se colocassem como responsáveis em encontrar soluções, mas que se abrissem ao diálogo numa perspectiva de construir coletivamente saídas para as crises. Durante os encontros, os técnicos se colocaram em posição de neutralidade, valorizando as falas, fazendo perguntas, resumindo os temas abordados de modo a facilitar a reflexão e ampliar o entendimento do conflito.

Unidade I

Os técnicos do distrito sanitário apresentaram à GGTRA o seguinte conflito:

O problema é a violência da comunidade. O centro de saúde está um caos. Não havia esses problemas com a gerente anterior. Houve desmotivação da equipe com a troca das enfermeiras, que eram experientes e conseguiram administrar os problemas com a comunidade. Houve substituição por servidoras efetivas, recém-formadas. A área física do centro de saúde é péssima. Há pedidos de transferência relacionados aos conflitos com a comunidade. Há conflito interno entre duas auxiliares e a gerente identifica lideranças negativas.

A análise revelou que, durante os encontros, a narrativa inicial foi sendo desconstruída em alguns aspectos e acrescida de elementos novos até alcançar uma reelaboração. Na narrativa dos trabalhadores, havia sofrimento intenso e dificuldade em compreender a sua causalidade:

Às vezes, tenho vontade de tapar os ouvidos e sair. Me sinto abafada. Se abro a boca, tudo se vira contra mim. Me sinto com a corda no pescoço. [...] Que vai acontecer daqui pra frente? Se piorar, o centro de saúde acaba. Nunca houve um momento tão ruim. O Centro de Saúde está se tornando inóspito. Muitos problemas e poucos para dar solução. Acho que os problemas são só a ponta do iceberg.

À medida que o processo de mediação transcorreu, os trabalhadores e gestores localizaram acontecimentos que poderiam ter produzido a instabilidade no trabalho. Dentre eles, a admissão de servidores inexperientes em postos estratégicos de cuidado; a implantação da classificação de risco na porta de entrada da unidade (protocolo de Manchester), que desconsiderava as questões sócio-afetivas do território; a falta de espaços deliberativos internos e com a comunidade, a entrada de novo gerente e a intensificação do trabalho:

Fico sufocado pela estrutura física, tento fazer as coisas, mas não consigo [...] A demanda é grande, o sistema é lento e as pessoas xingam. As pessoas novas chegam para trabalhar sem saber. [...] dor nas costas porque a filha está sendo violentada dentro de casa é cartão verde na classificação de risco. [...] apagando incêndio. O fluxo do serviço é confuso, tumultuado, tudo urgente. Não consigo atender as expectativas dos usuários.

As pessoas me abordam, me sinto vigiada. Falta união entre as pessoas. Muita cobrança de prazos. Não tem escuta. Na época da gerente anterior, era melhor. Todos estão querendo ser escutados, mas não dá. O centro de saúde sempre foi bom de indicadores. Ser primeiro não adianta nada [...]. Antes, éramos protagonistas. Passamos a ser coadjuvantes. Hoje, somos figurantes.

E o mediador fez um resumo:

Tenho a sensação que há impotência e sentimento de estar trabalhando mecanicamente. O cansaço e a impotência podem surgir quando não se faz o que precisa ser feito. O que está contribuindo para isto acontecer?

Na perspectiva das clínicas da atividade, o sofrimento diante dos conflitos era consequência de condições precárias, de empobrecimento das interações entre os trabalhadores e a comunidade, o que impedia a realização de um trabalho bem feito. Havia uma fragmentação das equipes e dos processos. Essa dissolução de uma unidade de trabalho é descrita como enfraquecimento do ofício, no conceito da clínica da atividade.

Para Clot¹⁴⁽³⁾, o ofício seria uma arquitetura social no trabalho que “pode adquirir uma função psíquica interna”. Essa arquitetura teria quatro dimensões: pessoal, interpessoal, transpessoal e impessoal, que estariam permanentemente em discordância criativa ou destrutiva, em ligamentos ou desligamentos, mantendo o ofício vivo, em movimento e construção contínuos. O ofício é pessoal, porque cada situação vivida pelo trabalhador é

singular e sujeita ao inesperado. É interpessoal, porque todo trabalho realizado é dirigido a um destinatário. O ofício tem uma dimensão transpessoal, porque todo trabalho é atravessado por histórias coletivas acumuladas ao longo de gerações, de situações vividas e dos modos de responder a elas. À dimensão transpessoal, Clot¹⁴ denominou gênero profissional. O gênero funciona como uma senha utilizada pelos que trabalham juntos e compartilham saberes tácitos. A dimensão impessoal do ofício abarcaria os fluxos, as normas, os protocolos, ou seja, a tarefa prescrita, que cada um irá ‘descongelar’ a seu modo, diante do real que se impõe à atividade, se valendo dos pressupostos da história coletiva.

Quando, na arquitetura do ofício, a história coletiva enfraquece, o trabalhador se vê sozinho no enfrentamento do real. Seria responsabilidade de todos os trabalhadores e gerentes manter a estrutura do ofício de pé por meio do debate profissional sobre o trabalho bem feito. Nesses debates, os grupos heterogêneos, o dissenso e as dissonâncias são esperados e desejados, pois ampliam a superfície de contato com o real. Clot¹⁴⁽⁴⁾ entende que, onde diminuem os espaços de debate, aumentam as “querelas que envenenam os meios de trabalho”.

Após os encontros de mediação, os trabalhadores e gestores conseguiram ampliar o entendimento do conflito e se implicar como protagonistas na sua condução. A narrativa passou a ser de reestruturação dos espaços deliberativos. Passaram a discutir os processos de trabalho, a estrutura do colegiado gestor e comissão local, refletiram sobre as relações entre eles, com o distrito e comunidade. Entenderam que teriam que reconstruir os processos e reivindicar melhores condições de trabalho:

Precisamos estimular o sentimento de que somos uma unidade e não quatro equipes, trabalhar em grupo, ser solidários uns com os outros. Precisamos ser corresponsáveis pelo usuário, independente da equipe a qual ele esteja vinculado. Melhorar o processo de trabalho. Precisamos

identificar os fatores estressantes que afligem as equipes. Precisamos antecipar os problemas. O Gerente deve participar do colegiado e reuniões da comissão local, com compromisso de reuniões mensais. O colegiado gestor deve ser mais representativo. O distrito deve estar mais presente. Precisamos melhorar a relação e informação e comunicação interna, com o Distrito e com a comunidade.

Unidade II

A demanda foi enviada à gestão do trabalho com relatório assinado pelo gerente imediato e por dois gerentes do distrito em 2015:

Há algum tempo, observamos que um empregado, que tem função de encarregado, apresenta dificuldades na condução da equipe. Apresenta conflitos nas relações interpessoais e problemas de cumprimento de horário com reflexos negativos no trabalho. Ele não consegue atuar conforme sua atribuição, não tem perfil e postura para o bom andamento do serviço. A equipe encontra-se desmotivada. Ele não exerce nenhum tipo de liderança ou controle sobre as atividades que os agentes deveriam realizar. Realizamos reuniões individuais e coletivas na tentativa de resgatar sua liderança junto ao grupo, estabelecemos normas e diretrizes, discutimos o cumprimento de horário, a elaboração de relatórios a serem entregues à gerência em tempo hábil, mas não foi percebida, até o momento, qualquer mudança de comportamento.

Nos relatórios anteriores ao processo de mediação, desde 2011, a narrativa era que o encarregado não vinha cumprindo bem o seu papel, a partir de uma concepção de supervisão com um forte caráter fiscalizatório que previa a conferência das visitas aos domicílios realizadas pelos agentes. Na mesma concepção, o planejamento das atividades diárias dos agentes ficaria sob a responsabilidade do encarregado, sendo considerado incorreto delegar a atividade para quem a executava. Da

mesma forma que seus subordinados, o encarregado não tinha autonomia. Suas atividades e as normas de organização do trabalho eram pré-definidas e determinadas:

O próprio agente pegou o impresso de planejamento diário e fez por conta dele. O boletim de tratamento focal tem ficado em poder dos agentes durante a semana, sendo que o correto seria o encarregado recolher todos os dias para que possa acompanhar a produção, qualidade e planejar o dia posterior. O encarregado permite que os próprios agentes conduzam da forma que desejarem a tarefa do dia, ficando sem condições de acompanhar o percurso dos seus agentes. Reforçamos a importância de cumprir as obrigações e deveres com realização das rotinas diárias do processo de trabalho, do horário, assinatura do ponto na sala da gerência e entrega dos boletins no final do dia.

Na perspectiva da clínica da atividade, a narrativa do distrito sobre o conflito revela hipertrofia da dimensão impessoal do ofício, segundo o conceito de ofício de Yves Clot¹⁴⁽⁵⁾:

Somos feitos para fabricar contextos para neles vivermos. Uma vez que essa possibilidade esteja diminuída ou, principalmente, se ela desaparece de modo continuado, não vivemos, apenas sobrevivemos, submetidos que estamos aos contextos profissionais, sem poder verdadeiramente nos reconhecer naquilo que fazemos.

Com base nos registros da mediação, infer-se que a narrativa dos trabalhadores não confirmava a narrativa da gestão sobre a causalidade do conflito. A equipe sentia-se isolada, sem capacitação, sem espaços de debate, sem suporte, com uma supervisão frágil. Os agentes não atribuíam exclusivamente ao encarregado a responsabilidade pelos conflitos. Não elogiavam sua atuação como supervisor, mas não o destituíam integralmente da função. Tampouco estavam desmotivados. Ao contrário, narravam que se dedicavam, eram responsáveis, criativos e viam sentido no que faziam.

Sentiam-se desvalorizados pela Instituição e não pelo encarregado:

Encarregado: *Gosto do que faço, não pretendo sair daqui.*

Agentes: *Acho tranquilo, tenho bons relacionamentos [...]. Crio amizades, gosto do que faço, é dinâmico, gosto de andar e falar. Gosto de trabalhar uma comunidade carente, faço o que está ao meu alcance. Houve desavenças, mas ainda é uma equipe boa de trabalhar, apesar dos 'arranca-rabo'. O problema é a comunicação entre as duas pessoas [...]. Relação com a turma já foi boa, hoje em dia a relação é boa com alguns, não todos [...]. Tanto o encarregado como esse colega são muito infantis. Cada um, o colega e o encarregado, tem de reconhecer os erros. O ideal seria que os dois ficassem para não se perder mais [...].*

Mediador: *O que pode ser feito para reconstruir o que se perdeu?*

Agentes: *É importante a reunião de equipe de 15 em 15 dias para tratar do processo de trabalho para minimizar as questões pessoais e acabar com a 'rádio peão'. A conclusão é trabalhar em equipe. Algo desandou, mas pode retomar. [...] O distrito tem que ter mais agilidade para resolver as questões que vão além do agente de campo, por exemplo, como agir com os imóveis problemáticos. Há coisas para as quais precisamos de suporte. A gerência tem que aprimorar o diálogo, envolver-se nas atividades e ser o elo junto ao distrito. O agente de zoonoses é o baixo escalão da PBH. Não reconhecem a gente. O que nos mantém é a equipe unida. Temos dificuldade com a coordenação da zoonoses do distrito. Queria ter um plano de carreira.*

Tais considerações trazem a concepção de uma supervisão que se coloca mais como apoiadora e de suporte ao trabalho. Sabiam das dificuldades e limites da atuação do trabalho no campo e defendiam interlocutores com o distrito para apoiá-los e orientá-los. As declarações demonstravam interesse na

efetividade e na melhoria das condições de trabalho e revelavam que os agentes atuavam com responsabilidade e autonomia.

Quanto à causalidade do conflito, a mediação não alcançou a desconstrução da narrativa da gestão, que se manteve fechada, sustentando uma culpabilização linear direcionada exclusivamente ao encarregado. Os encontros ampliaram a compreensão do contexto do trabalho, mas não avançaram na mediação do conflito entre o encarregado e o agente. A gestão optou pela transferência involuntária do encarregado.

Unidade III

A mediação analisada foi realizada em uma unidade de gestão administrativa, ou seja, que executa uma atividade meio da SMSA, na qual trabalham servidores efetivos e trabalhadores terceirizados. O gerente trazia a seguinte narrativa, segundo registros do mediador:

[...] com a chegada de seis servidores efetivos, em substituição a um quarto dos trabalhadores terceirizados, observei que os novatos não têm interesse no trabalho, se posicionam como questionadores e fiscalizadores. Apontam erros, destratam funcionários terceirizados e não respeitam regras de convivência e normas da Instituição.

A narrativa dos novos trabalhadores efetivos era:

A convivência é difícil. Fiquei feliz por ter passado no concurso, mas fiquei muito decepcionado. Já trabalhei em serviço público em outro município e gostava muito. Estou desestimulado. Me identifiquei mais com o grupo de efetivos. Aqui, não podemos questionar nada, parece que estamos afrontando. O gerente me expôs frente aos colegas [...]. Estou trabalhando sob pressão. A mesa lotada, o telefone toca o dia inteiro. A demanda é alta. Não sabia que o SUS era uma 'zona'. Aqui tem muita barata e não sei como as pessoas aceitam trabalhar desta forma. As pessoas aqui

abaixavam a cabeça [...]. A gente quer contribuir e não tumultuar. Tenho dúvidas técnicas. Não fui treinado, sou um peixe fora d'água.

Narrativa na perspectiva dos trabalhadores terceirizados:

Falta de respeito. Não tenho como crescer aqui dentro. Há diferença de classe, há discriminação. Batem o carimbo de classe social na gente. A gente não gosta de conviver com as baratas, mas não podemos reclamar porque podemos perder nossos empregos. Os efetivos pode reivindicar pela estabilidade que têm. Têm oportunidade de crescimento. Mas a chegada deles alterou o esquema do trabalho parecendo que tudo que nós fazíamos era errado e que éramos coniventes com os erros e desmandos. Essas diferenças não justificam privilégio, grosseria e falta de respeito. Quando vim trabalhar aqui as pessoas me advertiram sobre o gerente.

Na concepção da clínica da atividade, a análise indica um enfraquecimento do gênero profissional. Os servidores efetivos não compartilhavam ainda a história comum daquele coletivo e detinham, de alguma forma, mais direitos. Por outro lado, sentiam-se impedidos, pelo gerente, de se apropriar dessa história coletiva, uma vez que não podiam debater sobre os processos de trabalho. A partir dessa situação, passaram a criticar o trabalho e os colegas terceirizados como se fossem pessoas externas ao contexto, ou seja, como se não pertencessem àquela realidade. Essa atitude comprometeu a relação com os colegas terceirizados, que anteriormente conseguiam sustentar um ofício, ainda que fosse de forma frágil. Tal fragilidade ficou evidenciada quando relataram suportar situações das quais discordavam para manter o emprego. Segundo Linhart¹⁵⁽¹⁵¹⁾, a precariedade do vínculo criaria também uma precariedade subjetiva e uma subordinação maior ao gestor.

O objetivo é minimizar a capacidade dos trabalhadores de fazer oposição, impor

resistência, diante das exigências das direções. Criar um tipo de precariedade subjetiva para que os trabalhadores não se sintam à vontade no trabalho nem entre eles, para que não possam desenvolver redes de cumplicidade e de apoio com os colegas, com a hierarquia nem com seus clientes, a fim de que sintam sempre a corda esticada e fiquem mais receptivos às injunções que visam a aumentar a rentabilidade de seu trabalho.

Os novos servidores se diziam interessados no concurso e decepcionados com a realidade encontrada. Além disso, relataram uma relação comprometida com o gerente, que foi compartilhada pelos dois grupos. Houve outro encontro com os trabalhadores e gerentes, 15 dias após o primeiro. O mediador registrou que:

Os trabalhadores relataram que a relação entre os colegas efetivos e terceirizados estava bem melhor. Eles estavam se respeitando. Havia um esforço mútuo de integração e de cordialidade. Não haviam percebido, entretanto, modificação na relação entre gerente e subordinados e tampouco melhoria nas condições do trabalho. Perguntei sobre alternativas. Os trabalhadores sugeriram que o gerente desse mais autonomia, sugeriram permutar algumas tarefas entre eles, melhorar as relações internas e com outras gerências.

A análise dos registros mostrou melhoria na interação entre os trabalhadores terceirizados e os efetivos. Houve, portanto, uma recontextualização, um reenquadramento das narrativas entre as duas partes conflitantes. Permaneceram os conflitos entre os trabalhadores e gerente.

Na narrativa dos gestores, os novos servidores eram considerados responsáveis pela crise, sendo mais provável que a chegada de novos trabalhadores tenha sido o ponto de gatilho. A entrada de novos servidores sem o saber da experiência, embora reivindicativos e estáveis, produziu uma desestabilização dos poderes e, conseqüentemente, a ruptura de

situações conflitivas latentes. A substituição de um quarto dos trabalhadores terceirizados do setor pode ter gerado a intensificação do trabalho, o rompimento do gênero profissional e aumento da penosidade.

Meses depois, houve registro da exoneração da função do gerente por instâncias superiores, não havendo menção de nexos com o conflito vivido.

Unidade IV

A demanda de intervenção ou mediação foi feita pelo distrito sanitário conforme registro de um mediador:

Comparecermos à Unidade a partir de uma demanda do distrito, após carta anônima sobre atuação do gerente assim redigida: [...] gerente coagiu agentes comunitários de saúde a trabalhar em desvio de função. Há reclamações no SOS Saúde e não se sabe por que não se toma nenhuma providência para resolver a situação. Gerente não tem tempo para ouvir os funcionários e os usuários que o procuram, justificando que tem muito trabalho a fazer. Hoje existe até uma grade na recepção, usuários nunca encontram o gerente. Não tem médico na equipe. Tentei falar com o gerente duas vezes, mas ele estava em reunião.

Observa-se que as denúncias giravam em torno da interação do gerente com seus funcionários e usuários. O gerente estava sendo avaliado como autoritário, inacessível e injusto no trato com seus subordinados.

A narrativa do distrito trazia destaque para a eficiência do gerente:

Ao longo desses anos, não recebemos queixa a respeito do gerenciamento ou da conduta dele. É profissional comprometido que responde em tempo oportuno à grande maioria das demandas solicitadas pelo Distrito. Sua unidade é referência de atendimento à dengue.

Há conflitos em que as partes em disputa não estão delineadas, como é o caso de

denúncias anônimas. As narrativas anônimas apenas levantam suspeitas, mas não estabelecem interlocução. São fechadas em si mesmas. Mesmo assim, pela repercussão na unidade, os trabalhadores foram ouvidos.

Mediador: *Como vocês se sentem vivendo esta situação?*

Trabalhadores: *Estou indignada e assustada. Não presenciei nada em relação às denúncias. Estou surpresa e chateada. E agora como ficam as relações aqui dentro? Com quem nos relacionamos? Uma covardia com o gerente, não concordo com o que foi feito [...] Concordo com o que foi escrito sobre a forma do gerente se relacionar, mas isso deveria ter sido conversado [...] O gerente transmite agressividade em sua forma de falar, mas há outras formas de resolver. Muitas pessoas gritam na unidade umas com as outras, não é exclusividade do gerente [...] O centro de saúde está precisando passar por uma reforma, estamos em guerra. O gerente está sobrecarregado de trabalho, não tem gerente adjunto, não tem assistente social.*

A maioria ficou impactada e considerava o anonimato nocivo para o gerente e para as relações dentro e fora da unidade. A agressividade foi citada como corriqueira entre os trabalhadores e a sobrecarga foi considerada uma das causas. Muitos concordaram com a dificuldade de interação do gerente e a indisponibilidade para receber os trabalhadores e usuários quando priorizava atividades administrativas. Para Gaulejac¹⁶, há sempre uma contradição no exercício da gestão que deve cumprir as exigências formais da instituição e, ao mesmo tempo, não se afastar do princípio de que o trabalho existe para construir uma sociedade e o bem comum. Essa contradição era vivenciada pelo gestor da Unidade IV, que, pela exigência em cumprir as normas, pela sobrecarga de trabalhos administrativos e pelas condições precárias descritas, desviava seu foco da essência do cuidado.

Após os encontros, os trabalhadores e

gerente compreendiam melhor os conflitos da unidade e estavam revendo posições:

Agora a enfermagem decidiu se reunir mais. Estou apostando na possibilidade de diálogo. O gerente está se esforçando para melhorar. Propomos mais espaços de reunião. Depois da carta, a desconfiança permaneceu entre algumas pessoas, mas há coisas boas acontecendo. É hora de selecionar e ir adiante, avançar. As relações estão melhorando. Acho que diminuiram as conversinhas [...]. Os agentes comunitários querem também espaço para discutir [...]. A equipe está sendo mais verdadeira entre si. O gerente tem seus defeitos, precisa mudar alguns aspectos. Está na hora de parar com essa história de carta anônima e reconstruir as relações de trabalho.

De forma geral, as narrativas revelaram um alívio da tensão e disposição dos trabalhadores e gestor em organizar o processo de trabalho de forma compartilhada. Os encontros de reflexões conjuntas são, em geral, interpretados como perda de tempo. Esses espaços deliberativos, entretanto, propiciam os debates em busca do trabalho bem feito, a troca de saberes, o desenvolvimento da capacidade criativa, a redução da penosidade frente ao real, o enriquecimento do trabalho e, principalmente, restituem o sentimento de contribuir para uma obra coletiva, dentro da concepção da clínica do atividade¹⁶.

Conclusões

Na análise dos documentos, constatou-se que os registros da gestão do trabalho possibilitaram a compreensão das mediações realizadas. Concluiu-se que os conflitos interacionais no trabalho se assemelham a qualquer conflito, em qualquer contexto, apresentando fatores desencadeantes, pontos de gatilho que os deflagram, causalidade complexa dinâmica e circular.

Nos documentos analisados, os conflitos ocorreram em contextos onde os espaços de diálogo e deliberação estavam

interrompidos, onde as práticas do modelo gerencialista estavam intensificadas, onde havia enfraquecimento do ofício, onde as condições de trabalho eram excessivamente precárias, onde o cuidado com o outro e os aspectos subjetivos estavam negligenciados. Os conflitos se reforçaram ou se constituíram a partir de situações de tensão conduzidas de forma inadequada, onde predominaram as atribuições de culpabilidade, de responsabilizações, de medidas punitivas, de narrativas de poder fechadas e impermeáveis a outras narrativas. Nas mediações realizadas, houve oportunidade de trazer à tona as narrativas hegemônicas e as marginalizadas, com sua desconstrução, do resgate do protagonismo e construção de narrativa alternativa.

Constatou-se que a mediação é um instrumento válido para conduzir conflitos do trabalho, mesmo considerando que ocorrem em espaços como as relações de subordinação e com o privilégio das narrativas da gestão. A intervenção dos mediadores possibilitou equilibrar poderes, restabelecer o diálogo entre trabalhadores e entre trabalhadores e gestores. Os espaços de mediação constituem-se em espaços deliberativos que auxiliam a compreensão dos significados, possibilitando contextualizar os conflitos, elucidar sua causalidade e dar sentido ao trabalho. Por outro lado, a mediação não é numa panacéia, até porque qualquer espaço deliberativo não pode ser idealizado⁷. Diferença e dissensos existem e são desejados, porque trazem para o debate a realidade concreta.

É preciso demarcar também que as mediações analisadas foram realizadas nos espaços de trabalho do SUS, que sustenta em suas diretrizes valores como o protagonismo, gestão compartilhada e do cuidado. Essas diretrizes são contra hegemônicas ao modelo de gestão gerencialista, que pouco a pouco vem se infiltrando no SUS. Por isso, a defesa da mediação de conflitos no SUS reveste-se de importância como método de resistência em

defesa de valores inclusivos, democráticos, de solidariedade e de equidade.

pela precisão e integridade de qualquer parte do trabalho.

Colaboradores

Parisi L contribuiu para a concepção teórico-metodológica e elaboração do trabalho; aquisição, análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final; responsabilização pela precisão e integridade de qualquer parte do trabalho. Silva JM contribuiu para a concepção teórico-metodológica e elaboração do trabalho; análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final; responsabilização

Agradecimentos

Agradecemos aos professores José Newton Garcia de Araújo, Andréa Maria Silveira e Crisane Costa Rossetti pela supervisão durante a realização da pesquisa. Agradecemos o apoio da Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte. ■

Referências

1. Castells M. A Era da Informação: Sociedade em Rede. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
2. Boqué MCT. Cultura da Mediação e Mudança Social. Porto: Ciências da Educação-Século XXI; 2008.
3. Folger JP, Bush RAB. La promesa de Mediación: cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y el reconocimiento de los otros. Buenos Aires: Granica; 2008.
4. Maturana H. Fundamento emocional de lo social. Emociones y lenguaje en Educación y Política. Santiago do Chile: Dolmen Ensayo; 2009.
5. Arendt H. Labor, Trabajo, Acción: una conferencia. In: Cruz M, organizador. De la historia a la acción. Barcelona: Paidós; 1995. p. 89-108.
6. Cobb S. Prólogo. In: Suares M. Mediación: conducción de disputas, comunicación y técnicas. Buenos Aires: Paidós; 2012. p. 15-19.
7. Cobb S. Speaking of violence: The Politics and Poetics of narrative in conflict resolution. NYC, Oxford University Press; 2013.
8. Suares M. Mediación: conducción de disputas, comunicación y técnicas. Buenos Aires: Paidós; 2012.
9. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Formas não-violentas de resolução de conflitos. Curso de Direitos Humanos e Mediação de Conflitos. Módulo VI. Brasília, DF: SDH; 2007.
10. Ferreira Neto LJ, Araújo JN. Gestão e Subjetividade no SUS: enfrentamentos de impasses em tempos ne-

- oliberais. *Psicol Soc.* 2014; 26(3):675-684.
11. Parisi L, Rossetti CC. Abordagem de Conflitos no Trabalho. Belo Horizonte: Rona; 2012.
 12. Bendassolli PF, Soboll LAP. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: Bendassolli PF, Soboll LAP. *Clínicas do Trabalho: Novas Perspectivas para Compreensão na Atualidade*. São Paulo: Atlas; 2011. p. 3-16.
 13. Vieira A G. Do Conceito de Estrutura Narrativa à sua Crítica. *Rev Psicol.* 2001; 14(3):599-608.
 14. Clot Y. O ofício como operador de saúde. *Cad Psicol Social Trab.* 2013; 16(esp):1-11.
 15. Linhart D. Entrevista. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2011 [acesso em 2016 maio 17]; 9(1):149-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100011&lng=en&nr m=iso.
 16. Gaulejac V. *Gestão como Doença Social. Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias & Letras; 2015.
-
- Recebido em 10/05/2018
Aprovado em 03/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde

Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Health Care

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro¹, Ricardo Tavares², Elza Machado de Melo³, Palmira de Fátima Bonolo⁴, Victor Hugo Melo⁵

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5504-9181>
marciapsico2004@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) - Ouro Preto (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9060-0477>
tavares@ufop.edu.br

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzammelo@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2744-7139>
pfbonolo@gmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1014-7762>
victormelo2401@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-110420185403

RESUMO Este artigo visa a analisar a relação entre a promoção de saúde, mensurada por meio da participação em ações coletivas, e a violência entre usuários das unidades de saúde da atenção primária, no município de Ribeirão das Neves (MG). Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, cuja metodologia consiste de entrevistas semiestruturadas com usuários da atenção primária do município de Ribeirão das Neves (MG). A análise estatística foi baseada em tabelas de frequências absolutas e percentuais para as distribuições uni e bivariada, destacando-se o perfil sociodemográfico. As associações e suas significâncias estatísticas foram avaliadas por meio do teste Qui-quadrado e da análise de correspondência. Foram entrevistados 628 usuários de 58 Unidades Básicas de Saúde; as violências mais frequentes foram: verbal, psicológica e tentativa de suicídio. A participação em ações coletivas está predominantemente ligada a cultos religiosos. O desenvolvimento de ações de prevenção à violência na atenção primária é baixo. Na análise de correspondência, a baixa frequência de ações coletivas se associou fortemente à presença de violência e à tentativa de suicídio. A presença de ações ligadas a atividades esportivas/artísticas se associa à ausência de violência verbal e sexual; a participação em associações/sindicatos se associa à ausência de violência psicológica, física e tentativa de suicídio; por fim, ações de trabalho voluntário se associam à ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado. Concluiu-se que a participação e a não participação em ações coletivas se associam, respectivamente, com menor e maior prevalência de violência.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Participação da comunidade. Exposição à violência. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This article aims to analyze the relationship between health promotion, measured by means of participation in collective actions, and violence among users of primary health units, in the municipality of Ribeirão das Neves (MG). This is a quantitative approach study, whose methodology consists of semi-structured interviews with users of primary care of the municipality of Ribeirão das Neves (MG). The statistical analysis was based on absolute and frequency tables for univariate and bivariate distributions, highlighting the sociodemographic profile. The associations and their statistical significance were evaluated through Chi-square test and correspondence analysis. A total of 628 users from 58 Basic Health Units were interviewed; the most frequent violences were:



verbal, psychological and attempted suicide. Participation in collective actions is predominantly linked to religious services. The development of actions to prevent violence in primary care is low. In the correspondence analysis, the low frequency of collective action was strongly associated to the presence of violence and suicide attempt. The presence of actions related to sports/art activities is associated with the absence of verbal and sexual violence; participation in associations/unions is associated with absence of psychological, physical and attempted suicide; finally, voluntary work actions are associated with lack of sexual violence, having a relative murdered and knowing someone who was murdered. It was concluded that participation and non-participation in collective actions are associated, respectively, with lower and higher prevalence of violence.

KEYWORDS *Health promotion. Community participation. Exposure to violence. Primary Health Care.*

Introdução

Refletir sobre a relação entre promoção de saúde, participação e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) é colocar em evidência a importância da abrangência de possíveis intervenções que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) pode englobar. Dessa forma, a APS, concepção fundamentada em um novo modelo de atenção com uma nova estruturação ética, social e cultural, constituída no nosso País pela Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta-se como um campo fértil para o desenvolvimento de promoção de saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro¹.

O desenvolvimento de ações individuais e coletivas junto às comunidades no espaço da Equipe de Estratégia da Saúde da Família (EqSF) estimula e amplia a existência das ações de promoção de saúde. Entende-se a promoção da saúde como uma estratégia de comunicação transversal na qual os fatores que colocam a saúde da população em risco devem ser reconhecidos por todos (comunidades, trabalhadores), para que haja a realização da autonomia e da corresponsabilidade no controle de fatores determinantes da saúde. Para esse alcance, necessita-se de que princípios de equidade,

integralidade, participação e controle social e intersetorialidade façam parte da agenda das políticas públicas².

O compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é fundamental, pois amplia a possibilidade de construção de distintos saberes na saúde, de saúde como direito humano e de cidadania e de mobilização conjunta na formulação de intervenções. Assim sendo, o setor saúde tem uma liderança para apresentar e avaliar os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população².

Nesse sentido, a sociedade contemporânea se depara com o desafio histórico de enfrentar o fenômeno da violência, que se apresenta multifacetado, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais. Desse modo, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde constitui uma ferramenta potencial para a busca coletiva de estratégias sustentáveis contra a violência³.

O presente estudo, realizado com usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da atenção primária na cidade de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, teve por objetivo investigar a relação entre promoção de saúde, representada pela participação e pelo desenvolvimento de ações coletivas, e a presença ou ausência de situações de violência.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal constituído por entrevistas semiestruturadas com usuários de todas as 58 UBS do município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais, no ano de 2012. A amostra da população foi composta pelo recrutamento de 10 a 12 usuários em cada uma das UBS, selecionados aleatoriamente, calculando-se, então, a margem de erro de 3,71% para mais ou para menos. Os critérios de inclusão foram morar no local há mais de um ano e ter sido atendido pelo menos uma vez na UBS a que estava vinculado. O questionário utilizado para as entrevistas foi objeto de discussão de disciplina metodológica do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, durante um semestre; posteriormente, submetido à apreciação de especialistas, em duas oficinas; e, por fim, testado com usuários e profissionais no próprio município. Constituído por 9 blocos (características sociodemográficas e familiares, trabalho, violência, enfrentamento da violência, percepção de violência, uso de álcool e drogas, violência de gênero, relações pessoais e comunitárias, atividades físicas), o questionário continha ao todo 142 questões, tendo sido utilizadas para o presente trabalho perguntas relativas às relações pessoais e comunitárias, às violências e às características sociodemográficas e familiares. As entrevistas foram realizadas nas UBS, em local apropriado, para garantir a privacidade e a confidencialidade, por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional – e por estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Uma vez respondidos, os questionários foram codificados e digitados, em dupla entrada, utilizando o *software* Statistical Package For Social Sciences (SPSS), versão 20, e o R (versão 3.4.1), para construção e análise do banco de dados.

A análise estatística foi baseada em tabelas

de frequências absolutas e percentuais para as distribuições uni e bivariada, destacando o perfil sociodemográfico. As associações e suas significâncias estatísticas foram avaliadas através do teste Qui-quadrado e da análise de correspondência.

A Análise de Correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa a representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas, como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Diferentemente de uma análise pelo teste Qui-quadrado, que avalia se existe ou não associação entre duas variáveis qualitativas, a análise de correspondência avalia quais níveis de uma variável qualitativa se associa mais ou se associa menos com os níveis da outra variável qualitativa. Quanto mais próximos esses níveis estiverem no mapa de correspondência, mais forte será a associação entre eles. Mais detalhes técnicos sobre a teoria e as aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre^{4,5} (1984, 2007) e Mingoti⁶ (2005).

Para a execução desta pesquisa, foram observadas as orientações preconizadas na Resolução nº 510/2016, que envolve seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (Coep/UFMG), sob o número 01140812.1.0000.5149. Participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após serem informados a respeito da confidencialidade dos dados coletados na pesquisa.

Resultados

Entre 628 entrevistas realizadas, houve predomínio do sexo feminino (73,6%), raça/cor parda (57,8%), estado civil casado/união estável (62,7%) e ensino fundamental incompleto (48,1%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Características sociodemográficas da população estudada, Ribeirão das Neves, 2012

Características	n	%	Valor p
Sexo			<0,0001
Masculino	166	26,4	
Feminino	426	73,6	
Faixa etária (anos)			<0,0001
Até 24	104	16,7	
25 a 29	62	10,0	
30 a 39	150	24,1	
40 a 49	107	17,2	
50 a 59	83	13,3	
60 ou mais	116	18,6	
Raça ou cor			<0,0001
Branca	119	19,0	
Preta	112	17,9	
Parda	361	57,8	
Amarela	33	5,3	
Estado Civil			<0,0001
Casado / União estável	394	62,7	
Solteiro	160	25,5	
Separado / Divorciado	41	6,5	
Viúvo	33	5,3	
Grau de instrução			0,1625
Analfabeto	1	2	
Fundamental incompleto	296	48,1	
Fundamental completo	80	13	
Ensino médio incompleto	79	12,8	
Ensino médio completo	142	23,1	
Ensino superior incompleto	9	1,5	
Ensino superior completo	8	1,3	
Especialização	1	0,2	
Renda Familiar (salário mínimo)			0,4483
≤ 1	178	30,1	
2 a 3	324	54,7	
4 a 5	68	11,5	
> 5	22	3,7	
Trabalho			<0,0001
Trabalha e está ativo	222	35,4	
Trabalha, mas não está ativo	94	15,0	
Já trabalhou no passado	267	42,6	
Nunca trabalhou	44	7,0	
Trabalha e está ativo	222	35,4	
Trabalha, mas não está ativo	94	15,0	
Já trabalhou no passado	267	42,6	
Nunca trabalhou	44	7,0	

Com relação à experiência de violência vivida, constatou-se que a violência verbal foi a mais frequente (n=164; 26,1%), seguida da violência psicológica ou moral (n=134; 21,3%), violência física (n=51; 8,1%) e violência sexual (n=12; 2,0%). Observou-se que 66,0% dos participantes (n=414) conheciam alguém que foi assassinado no bairro, além dos que afirmaram ter algum familiar ou parente que foi assassinado (n=206; 33,0%). Acerca da violência autoinfligida, 84 pessoas (13,4%) afirmaram ter praticado tentativa de autoextermínio.

No tocante à participação em ações coletivas, observou-se que a maioria dos usuários raramente ou nunca participou de atividades esportivas e artísticas (n=502; 79,9%) nos últimos 12 meses nem de atividades em associações, sindicatos, partidos e similares (n=98; 95,2%), tampouco de trabalho voluntário (n=571; 91,0%). Por outro lado, chamou atenção a predominância de participação em cultos e atividades religiosas (n=478; 76,1%) (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis relativas à participação em ações coletivas, no município de Ribeirão das Neves, nos últimos 12 meses

Participação em atividades coletivas	N=628	(%)
Esportivas e artísticas		
Sempre ou quase sempre*	125	20,0
Raramente ou nunca**	502	79,9
NSA	1	0,1
Associações, sindicatos, similares		
Sempre ou quase sempre*	30	4,8
Raramente ou nunca**	598	95,2
Trabalhos voluntários		
Sempre ou quase sempre*	57	9,0
Raramente ou nunca**	571	91,0
Cultos e atividades religiosas		
Sempre ou quase sempre*	478	76,1
Raramente ou nunca**	150	23,9

NSA = Não se aplica.

* Sempre ou quase sempre = mais de uma vez por semana + uma vez por semana + de 2 a 3 vezes por semana.

** Raramente ou nunca = algumas vezes no ano + uma vez no ano + nenhuma vez ao ano.

A *figura 1* apresenta a análise de correspondência na qual se constata, pela aproximação entre os pontos, a existência de forte associação entre ausência de ações coletivas e presença dos tipos de violência (p=0,012). A falta de participação – que significou nunca participar ou participar raramente – em ações coletivas esportivas/artísticas, associações/

sindicato e trabalho voluntário esteve fortemente associada à presença de violência psicológica, verbal, tentativa de suicídio, conhecer alguém que foi assassinado, ter parente assassinado e a violência física. Em separado, aparece a presença de violência sexual, que se apresentou com menor frequência.

Figura 1. Mapa de Análise de Correspondências entre falta de ações coletivas e presença de violência e respectivas tabelas de contribuições das dimensões no município de Ribeirão das Neves, 2012

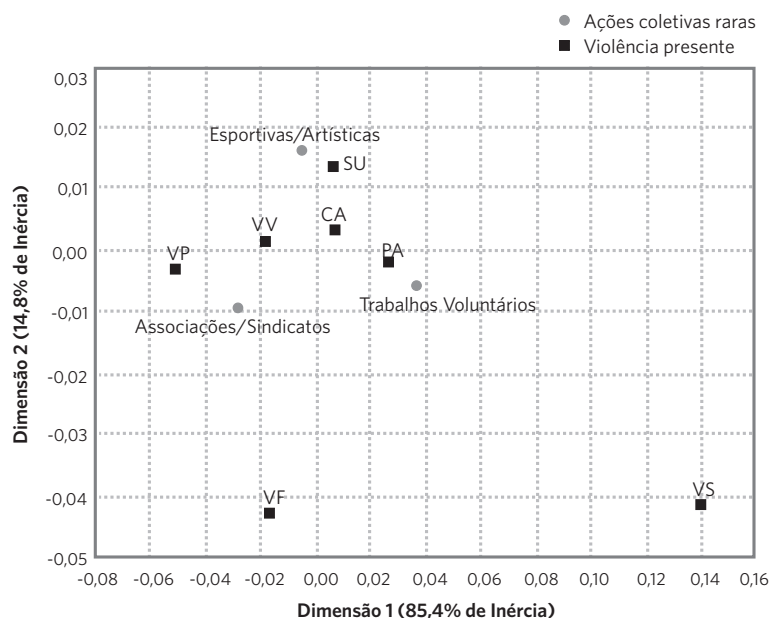


Tabela a: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Ausência de ações coletivas)

Ausência ações coletivas	Dim 1	Dim 2
Esportivas/Artísticas	0,0983	0,9017
Associações/Sindicatos	0,9066	0,0934
Trabalhos Voluntários	0,9774	0,0226

Tabela b: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Violência presente)

Violência presente	Dim 1	Dim 2
VP	0,9965	0,0035
VV	0,9871	0,0129
VF	0,1455	0,8545
VS	0,9205	0,0795
CA	0,7186	0,2814
PA	0,9950	0,0050
SU	0,1583	0,8417

Presença de: VF - Violência Física; VP - Violência Psicológica; VS - Violência Sexual; VV - Violência Verbal; SU - Tentativa de Suicídio; CA - Conhece alguém que foi assassinado no bairro e vizinhança da unidade; PA - Tem familiar ou parente que foi assassinado.

A figura 2, em oposição, mostra que a presença de ações ligadas às atividades esportivas/artísticas se associa à ausência de violência verbal e sexual ($p=0,03$); a participação em associações/sindicatos se associou à ausência

de violência psicológica, física e tentativa de suicídio; ações de trabalho voluntário se associaram à ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado.

Figura 2. Análise de correspondências entre a presença de ações coletivas e ausência de violência no município de Ribeirão das Neves, 2012

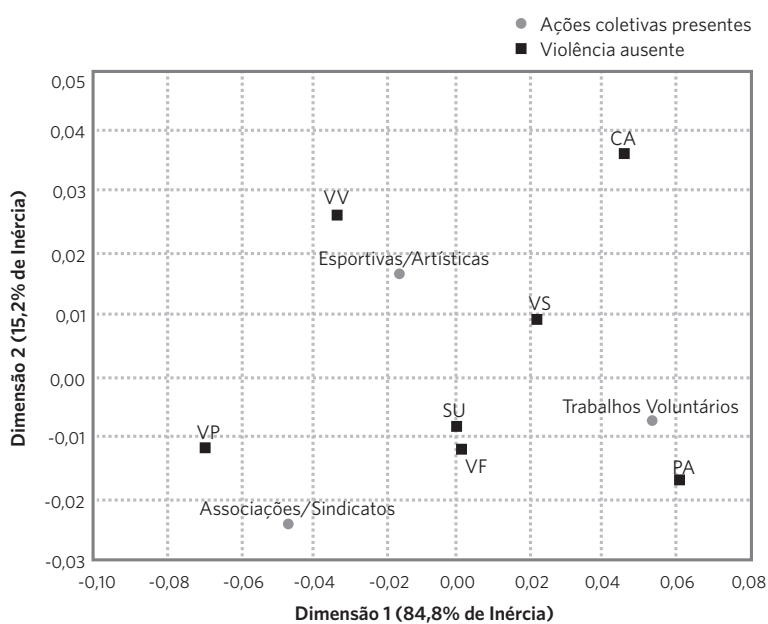


Tabela a: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Presença de ações coletivas)

Presença ações coletivas	Dim 1	Dim 2
Esportivas/Artísticas	0,4710	0,5290
Associações/Sindicatos	0,7948	0,2052
Trabalhos Voluntários	0,9824	0,0176

Tabela b: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Ausência de violência)

Ausência de violência	Dim 1	Dim 2
VP	0,9737	0,0263
VV	0,6071	0,3929
VF	0,0004	0,9996
VS	0,8301	0,1699
CA	0,5944	0,4056
PA	0,9311	0,0689
SU	0,0243	0,9757

Ausência de: VF - Violência Física; VP - Violência Psicológica; VS - Violência Sexual; VV - Violência Verbal; SU - Tentativa de Suicídio; CA - Conhece alguém que foi assassinado no bairro e vizinhança da unidade; PA - Tem familiar ou parente que foi assassinado.

A figura 3 apresenta a análise de correspondência entre a presença de ações coletivas (cultos e trabalhos voluntários) e história de violência e suicídio. Chama a atenção que a presença de ações ligadas a cultos religiosos

esteve associada a não tentativa de suicídio ($p=0,005$), e, por outro lado, a ausência (nunca ou raramente) dessa ação se associou à tentativa de suicídio⁵.

Figura 3. Análise de correspondências entre a presença de ações coletivas – trabalhos voluntários e cultos – e história de violência e suicídio no município de Ribeirão das Neves, 2012

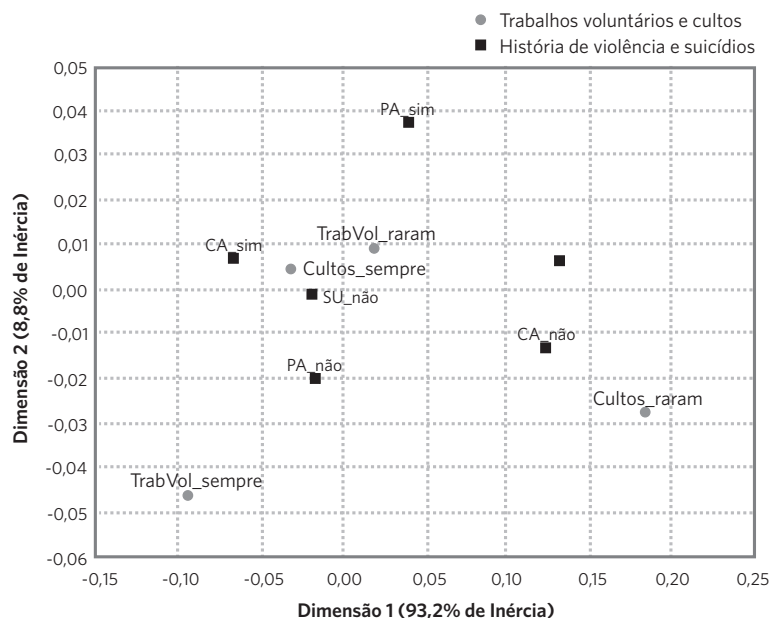


Tabela a: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Trabalho voluntário e cultos).

Trabalho voluntário e cultos	Dim 1	Dim 2
Culto_raro	0,9783	0,0217
Culto_sempre	0,9783	0,0217
TrabVol_raro	0,8081	0,1919
TrabVol_sempre	0,8081	0,1919

Tabela b: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Histórico de violência e suicídio).

Histórico de violência e suicídio	Dim 1	Dim 2
CA_sim	0,9879	0,0121
PA_sim	0,5221	0,4779
SU_sim	0,9974	0,0026
CA_não	0,9888	0,0112
PA_não	0,4651	0,5349
SU_não	0,9980	0,0020

Verificou-se que existe uma predominância da não identificação do desenvolvimento de ações de prevenção à violência da UBS (n=500; 80,0%), e que apenas uma minoria de usuários afirmou que a UBS realiza ações de prevenção (n=86; 14,0%). Ao serem perguntados sobre quais seriam essas ações, a maioria das(os) entrevistadas(os) não sabia responder quais delas eram desenvolvidas (n=575; 92,0%). As ações de prevenção apontadas foram cartazes, faixas e mesmo a presença da polícia nas UBS.

Discussão

São inúmeras as causas da violência, os fatores econômicos – desemprego, pobreza, desigualdades –, além de precárias condições de moradia e de acesso a serviços essenciais, tais como escola, saúde, transporte coletivo, assistência social, lazer e segurança pública^{7,8}. O aumento do número de famílias disfuncionais,

o uso abusivo de drogas lícitas (como o álcool) e de drogas ilícitas, assim como a tolerância da comunidade com as formas violentas de resolução de conflitos, são também assinalados como fatores geradores e perpetuadores da violência⁸. O contexto do município que foi campo deste estudo apresenta determinantes geralmente associados à violência, na medida em que foi fundado em torno da implantação de cinco unidades do sistema prisional, representando 30% da população carcerária do estado, tendo ficado a formação da cidade em torno de familiares que acompanham os presos que ali cumprem sua pena. O território tem características e fragilidades importantes, destacando-se no perfil socioeconômico aspectos tais como desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e à cultura⁹. Esse é um cenário que dificulta a gestão do município, considerando que a renda per capita disponível

para a administração local é insuficiente para atender às demandas, que são de grande magnitude e complexidade, mediante as inequidades sociais e econômicas¹⁰. As características da população estudada não fogem à descrição desse contexto, a maioria apresentando baixa escolaridade, desemprego e relação com a violência. A alta prevalência de exposição à violência – vivida ou presenciada – em contextos de grande vulnerabilidade, como no caso presente, é bem conhecida na literatura^{7,11-14} e constitui condição que autoriza e reitera a adoção da promoção de saúde, enquanto abordagem participativa de determinantes sociais, como estratégia privilegiada de enfrentamento da violência¹⁵⁻²². Exatamente, nessa relação se situam os achados mais importantes do presente trabalho, resguardando-se, é claro, os devidos cuidados e as devidas dimensões, especialmente o entendimento de que a abordagem de determinantes sociais implica a atuação sobre macroprocessos, que, por outro lado, depende, de maneira imprescindível – essa é a interface que interessa, no momento –, da atuação dos atores sociais no nível local, como ponto de partida ou elemento obrigatório, pelo menos em se tratando de mudanças efetivas, democráticas e de qualidade, nos moldes que preconizam os principais modelos de promoção de saúde¹⁷⁻²⁵. Seguindo-se esse raciocínio, destaca-se que duas das análises de correspondência mostraram que a falta de participação em ações coletivas esteve fortemente associada a toda forma de vivência ou convivência com atos violentos e que, reciprocamente, a participação se associou com ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado, o que é corroborado por Ribeiro e Minayo quando apontam que a prevenção, aliada à promoção de saúde, onde se enfatiza não só a vida do indivíduo, mas, também, o território, contribuem para a mudança de hábitos e comportamentos²⁶. Do mesmo modo, Vial et al.²⁷ sinalizam a relação da diminuição da violência com a existência da participação social/coletiva e a promoção de saúde. Pontua-se, em sua pesquisa que

investiga as relações entre violência e capital social em um bairro de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil, que os

aspectos importantes para a redução de taxas de violência na área de residência seriam a presença de construtos tais como confiança entre vizinhos, apoio social e controle social informal²⁷⁽²⁹²⁾.

Esses autores ainda afirmam que os maiores indicadores de violência foram encontrados nos locais com baixo controle social informal²⁷. Por seu turno, na presença de violência, a qualidade de vida é reduzida, o medo se torna presença constante, a mobilidade e a participação são inibidas, o espaço público tende a desaparecer, uma vez que se limitam os lugares abertos e seguros onde as pessoas podem praticar atividades diversas, condições que obviamente afetam a saúde e sua promoção²⁸.

Considerando as potencialidades da participação e da promoção de saúde descritas acima, a alta prevalência de violência nos espaços estudados e, ainda, mediante a relevância dos próprios achados do presente trabalho, não se pode deixar de comentar a pequena frequência de participação, pelos entrevistados, em ações coletivas e também o fato de que 92% deles desconhecem as práticas de promoção de saúde desenvolvidas pela EqSF, o que remete a discussão necessariamente à atuação desse serviço de atenção, cujo modelo inclui, entre suas diretrizes, o desenvolvimento de promoção de saúde, na perspectiva da qualidade de vida da população¹, e constituiria, como se pode encontrar na literatura, importante ator social no enfrentamento das violências, por sua possibilidade de contribuir com fortalecimento da coesão e da ampliação da participação das comunidades vulneráveis na efetivação de políticas e programas²⁹ e/ou pelo desenvolvimento de redes de atuação em prol da redução das violências e vulnerabilidades associadas³⁰. Molinos et al.³¹, no estudo com profissionais da EqSF, com o intuito de identificar episódios de violência e a percepção dos trabalhadores

quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho, alertaram para falhas nas políticas de prevenção da violência. Não por acaso, tema recorrente na literatura é a necessidade de envolvimento e transformação dos indivíduos políticos/técnicos, principalmente os trabalhadores ligados à saúde, segundo perspectiva abrangente de mudanças estruturais que permeiam a área do ensino e se estendem até a vida profissional, com formação permanente dos que estão nela inseridos^{31,32}. A existência da formação continuada, oferecida como uma política na rotina das ações de saúde, muito contribuirá para que mudanças na estruturação de serviços públicos pudessem acontecer e, assim, provocar um novo diálogo, uma nova práxis junto da comunidade onde eles estão inseridos.

Entre as violências, chamou atenção o elevado percentual de tentativas de suicídio (13,4%) em algum momento de suas vidas. O Ministério da Saúde reconhece o suicídio como uma grave questão de saúde pública. A cada hora, uma pessoa morre por suicídio no Brasil⁹. Tal prática não possui uma única causa ou razão; ela resulta de uma complexa interação

de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Têm-se, assim, mais necessidades que criam novas demandas, uma atenção diferenciada para se conhecer os possíveis fatores de risco, a fim de que sejam desenvolvidas ações preventivas junto à população mais vulnerável³³⁻³⁵. Interessante, ainda, é notar a menor distribuição de tentativas de suicídio entre os participantes de cultos e atividades religiosas, e vice-versa, especialmente quando tais atividades foram relatadas por 76,1% da população, indicando que têm valor cultural importante para o cotidiano da comunidade^{36,37}.

Finalmente, ressalta-se que os limites do estudo se devem, principalmente, ao seu desenho, uma vez que não permite definir causalidades, no entanto, permite a produção de conhecimentos importantes, especialmente, por se tratar da abordagem da violência, ainda desafiadora para o setor saúde, e por trazer associações com a promoção de saúde, cujas potencialidades, apesar de amplamente reconhecidas do ponto de vista teórico, são ainda insuficientemente conhecidas e testadas, do ponto de vista empírico. ■

Referências

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DL, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(2):335-342.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: Um problema mundial de saúde Pública. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006 [acesso em 2018 dez 20]; 11(supl):1163-1178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci_abstract&tlng=pt.
4. Greenacre MJ. *Theory and Applications of Correspondence Analysis*. London: Academic Press; 1984.

5. Greenacre MJ. Correspondence Analysis in Practice. 2. ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 2007.
6. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
7. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, et al. Homicídios e Vulnerabilidade Social. *Ciência e Saúde Colet.* 2016; 21(3):923-934.
8. Silveira AM. A prevenção comunitária da violência: uma proposta de trabalho In: Melo EM. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Temática Prevenção da Violência e Cultura de Paz III. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
10. Viegas APB. Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. [tese]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
11. Nicholas LW. Violence Against Female Adolescents in Low- and Middle-Income Countries: Evidence From 36 National Household Surveys. *Journal of Interpersonal Violence.* 2018; 55(2):1-15.
12. Lo CC, Howell JR, Cheng CT. Explaining Black-White differences in homicide victimization. *Aggression and Violent Behavior.* 2013; 18:25-134.
13. Berg MT, Slocum LA, Loeber R. Illegal Behavior, Neighborhood Context, and Police Reporting by Victims of Violence. *Abstract Journal of Research in Crime and Delinquency.* 2013; 50(1):75-103.
14. Viana LAC, Costa MCN, Paim JS, et al. Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia State, Brazil: 2000-2006. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(supl2):s298-s308.
15. Butts JA, Roman CG, Bostwick L, et al. Cure Violence: A Public Health Model to Reduce Gun Violence. *Annu. Rev. Public Health.* 2015; 36:39-53.
16. Swaim RC, Kelly K. Efficacy of a randomized trial of a community and school-based anti-violence media intervention among small-town middle school youth. *Prev. Sci.* 2008; 9:202-214.
17. World Health Organization. Milestones Health Promotion. Geneva; 2009.
18. World Health Organization. World Health Organization Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report; 2007.
19. Rice J. The path to peace. *Sojourners.* 2009; 38(3). Commentary. [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <http://go-galegroup.ez27.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A194903479&v=2.1&u=cape&it=r&p=AONE&sw=w>.
20. World Health Organization. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals; 2005 [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <https://www.who.int/gender/>.
21. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women; 2012 [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en/.
22. Olayanju ND, Naguib RNG, Nguyen QT, et al. Combating intimate partner violence in Africa: Opportunities and challenges in five African countries. *Aggressive Violent Beh.* 2013; 18:101-112.
23. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(supl2):2115-2122.
24. Lieberman L, Golden SD, Earp JAL. Structural Approaches to Health Promotion: What Do We Need to Know About Policy and Environmental Change? *Health Education & Behavior.* 2013; 40(5):520-525.
25. 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. *Social Science & Medicine*. 2011; 73:953-959.
26. Ribeiro FML, Minayo, MCS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(6):1773-1789.
 27. Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, et al. Violência Urbana e Capital em uma Cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Panam Salud Publica*, 2010; 28(4):289-297.
 28. Concha-Eastman A, Malo M. From repression to prevention against violence: a challenge posed to civil society and the health sector. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(2):339-348.
 29. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais – *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
 30. Budó MLD, Schimith MD, Silva DC, et al. Percepções sobre a violência no cenário de uma Unidade de Saúde da Família. *Cogitare enferm*. 2012 [acesso em 2014 abr 24]; 17(1). Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000100003.
 31. Molinos BG, Coelho EBS, Pires ROM, et al. Violência com profissionais da Atenção Básica: Estudo no interior da Amazônia Brasileira. *Cogitare Enferm*. 2012 abr-jun; 17(2):239-247.
 32. Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, et al. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2014 mar 12]; 40(2): 346-352. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000200024&lng=en&nrm=iso.
 33. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 34. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília, DF: OMS/OPAS; 2002.
 35. Santos SA, Lovisi G, Legay L, et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2018 dez 17]; 25(9):2064-2074. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>.
 36. Libanio JB. Religião: fator de violência ou de reconciliação? In: Melo EM, organizador. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Brasília, DF: OPAS; 2010. p. 51-62.
 37. Dalgarrondo P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Recebido em 20/04/2018

Aprovado em 15/12/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários

Violence and Primary Health Care: perceptions and experiences of professionals and users

Elisane Adriana Santos Rodrigues¹, Ricardo Tavares², Victor Hugo Melo³, Jandira Maciel da Silva⁴, Elza Machado de Melo⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S404

¹Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3588-1947>
elisane.rodriques@pbh.gov.br

²Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) – Ouro Preto (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9060-0477>
tavares@ufop.edu.br

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1014-7762>
victormelo@terra.com.br

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9990-9323>
jandira.maciel@gmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzamel@medicina.ufmg.br

RESUMO O presente estudo teve por objetivo comparar vivências e percepções de usuários e profissionais de saúde relativas à violência no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo transversal qualiquantitativo realizado em Ribeirão das Neves (Minas Gerais), no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando questionários aplicáveis a usuários (n=628), e autoaplicáveis a profissionais (n=300). Foi realizada análise descritiva – distribuição de frequência simples, cruzada e bivariada – e análise de correspondência, comparando as respostas de usuários e profissionais, armazenadas em 2 diferentes bancos de dados. A Análise de Conteúdo Categorical Temática possibilitou a construção de três categorias de análise – a partir das quais foram discutidos, de forma entrelaçada, os resultados quantitativos e qualitativos: 1) A violência como um problema de saúde; 2) Integralidade da Atenção; 3) Participação social. Nota-se que a violência permeia o cotidiano de vida e atuação de usuários e profissionais, comportando-se como um evento que merece aprofundamento por parte de quem sofre, convive e lida com o problema. Os espaços de participação social foram reconhecidos como estratégia importante de inserção da comunidade na discussão dos seus problemas. No entanto, usuários e profissionais diferem quanto ao papel da assistência à saúde na abordagem e no enfrentamento da violência. A atenção primária tem grande potencial de produzir atenção de qualidade, mas, ao que parece, não o realiza quando se trata da abordagem da violência.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Serviços de saúde. Participação social.

ABSTRACT This study aimed to compare experiences and perceptions of users and health professionals on violence in the context of Primary Health Care. It is a cross-sectional study of qualitative and quantitative nature conducted in Ribeirão das Neves (Minas Gerais), in which semi-structured interviews were carried out using questionnaires applicable to users (n= 628) and self-administered to professionals (n=300). Descriptive analysis was performed – distribution of simple frequency, cross and bivariate – and correspondence analysis comparing the responses of users and professionals, stored in two different databases. The Thematic Categorical Content Analysis enabled the construction of three categories of analysis – from which were discussed and jointly, the quantitative and qualitative results: 1) Violence as a health problem; 2) Completeness of Care;



3) *Social Participation*. It is noted that violence permeates everyday life and activity of users and professionals, behaving as an event that deserves deepening by who is suffering, living and dealing with the problem. The social participation spaces were recognized as an important strategy of community inclusion in the discussion of their problems. However, users and professionals differ on the role of health care in addressing and violence. Primary care has great potential to produce quality of care but apparently does not accomplish it when deals with the violence approach.

KEYWORDS *Violence. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health services. Social participation.*

Introdução

A violência tornou-se objeto de estudo e campo de atuação necessário e atual, sendo considerada como um problema complexo, capaz de interferir na qualidade de vida das pessoas e das sociedades. O termo se traduz em ações humanas de indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam a morte ou que afetam a integridade física, moral, mental ou espiritual de outros seres humanos¹. Constitui demanda crescente para os serviços de saúde e acarreta impacto importante na vida de homens e mulheres envolvidos.

O setor saúde, por sua vez, é um espaço com grande potencial para abordagem da violência. A atuação dos profissionais é decisiva e, dependendo da sua adequação e qualidade, podem contribuir para a prevenção, atenção e desenvolvimento de estudos acerca do problema. A notificação de violências foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2009 e, em 2011, passou a integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Atualmente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional encontra-se regulamentada na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Além de revogar a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, esta Lista reiterou a notificação das violências. Tais medidas permitem obter informações sobre incidentes violentos envolvendo pessoas que foram assistidas no sistema

de saúde e universaliza a notificação para todos os serviços de saúde².

A abordagem das situações de violência não é simples, tampouco há soluções prontas. Violências e acidentes são responsáveis por grande parte da transformação no perfil de saúde, impondo atuações sobre determinantes sociais, englobando aspectos amplos, que vão desde o estilo de vida, até relações ambientais, econômicas, culturais e sociais³. Exatamente no desempenho dessa tarefa reside um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, certamente, um de seus limites⁴. A Atenção Primária à Saúde (APS), ao promover a aproximação com os usuários, estreitar o vínculo, estabelecer relações de confiança e favorecer a criação de espaços de diálogo e participação, apresenta-se como uma alternativa robusta para tais enfrentamentos⁵. O propósito deste estudo é analisar a correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da saúde relativas à violência, no âmbito da APS.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de natureza quali-quantitativa, cuja metodologia consiste na realização de entrevistas semiestruturadas com usuários e questionários autoaplicáveis com profissionais de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Ribeirão das Neves (MG) localizado na região metropolitana de Belo

Horizonte, com uma população de 322.659 habitantes, no ano de 2015⁶.

A rede de Atenção Básica de Saúde do município conta com 58 UBS, sendo 53 Unidades de Saúde da Família e 05 unidades tradicionais de atenção primária (Unidades Básicas de Referência – UBR), distribuídas nas 05 Regiões Sanitárias da cidade⁷, cada unidade contando com uma equipe de saúde da família.

A amostra de usuários foi calculada com margem de erro de 3,71% para mais ou para menos, sendo seu recrutamento distribuído entre as unidades, 10 a 12 usuários em cada uma delas. As entrevistas ocorreram dentro dos serviços a partir de questionário semiestruturado. Os usuários foram selecionados por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios. Foram critérios de inclusão: ser morador do local há mais de um ano, ter idade maior de 18 anos e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da entrevista.

Para os profissionais foram utilizados questionários semiestruturados autoaplicáveis contemplando diferentes perfis. Para o nível superior foram considerados todos os profissionais das equipes de saúde da família, inclusive aqueles inseridos nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Também responderam os questionários os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os auxiliares de enfermagem e o pessoal administrativo. Todos eles preencheram o seguinte critério de inclusão: atuação há pelo menos um ano naquela unidade de saúde.

Os questionários foram elaborados pela equipe de pesquisadores, a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis já testados e utilizados, especialmente, os questionários do Projeto de Extensão e Consolidação Saúde da Família (Proesf) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foram testados com usuários e profissionais no próprio município. Os dados foram armazenados em dois bancos de dados – um de usuários e outro de profissionais – utilizando-se o *software* SPSS – Statistical Package for Social Sciences, versão 19.0.

Para a análise quantitativa utilizou-se análise descritiva, a saber, distribuição de frequência simples e cruzada *threeway* e ainda análise bivariada utilizando teste de diferença entre duas proporções. Foi realizada também a Análise de Correspondência, método específico para trabalhar dados categóricos permitindo revelar padrões de relações existentes entre categorias. Foram utilizados os dois bancos de dados, relacionando, desta forma, variáveis referentes aos usuários com as mesmas variáveis referentes aos profissionais.

Foram utilizadas quatro (4) variáveis dependentes de usuários e profissionais, conforme *quadro 1*. São as seguintes: V1 – Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade; V2 – Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da unidade; V3 – Você considera que é possível prevenir a violência e V4 – Você considera que uma das funções da unidade é prevenir a violência.

Quadro 1. Variáveis dependentes referentes aos usuários e profissionais, (N = 928). Ribeirão das Neves, 2013

Variáveis referentes aos usuários e profissionais
Parte Quantitativa do Estudo
1 – Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade?
2 – Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da unidade?
3 – Você considera que é possível prevenir a violência?
4 – Você considera que uma das funções da unidade é prevenir a violência?
Parte qualitativa do estudo
5 – Percepção sobre quais são as funções da saúde na prevenção da violência.

Para a análise qualitativa, foram incluídos todos os entrevistados (usuários e profissionais) que responderam afirmativamente à variável 4 do *quadro 1* e que não deixaram em branco a variável 5, perfazendo um total de 350 usuários e 207 profissionais. A variável 5, *quadro 1*, trata da 'Percepção sobre quais são as funções da saúde na prevenção da violência'.

Utilizou-se a análise de conteúdo. Aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática que corresponde à categorização dos discursos por meio de processos de desmembramento do texto em unidades, segundo temas analógicos⁸. As categorias de análise foram definidas a partir da articulação entre as informações qualitativas, as oriundas dos instrumentos quantitativos e os subsídios da literatura. Criaram-se, assim, três categorias de análise: A violência como um

problema de saúde, Integralidade da Atenção e Participação Social, segundo as quais foram discutidos, de forma entrelaçada, os resultados quantitativos e qualitativos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Coep/UFMG) sob o parecer 01140812.1.0000.5149. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A população entrevistada foi composta de 928 indivíduos, sendo 628 usuários e 300 profissionais de saúde. O perfil sociodemográfico dos entrevistados é mostrado na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição e teste da diferença entre duas proporções (R x não R): usuários e profissionais, (N = 928). Ribeirão das Neves, 2013

Variáveis	Usuários			Profissionais		
	Frequência	%	Valor p	Frequência	%	Valor p
Sexo			< 0,0001			< 0,0001
Homem	166	26,4		33	11	
Mulher (R)	462	73,6		267	89	
Faixa etária			< 0,0001			0,0099
Até 24 anos	104	16,7		19	6,3	
De 25 a 29 anos	62	10		76	25,3	
De 30 a 39 anos (R)	150	24,1		121	40,3	
De 40 a 49 anos	107	17,2		59	19,7	
De 50 a 59 anos	83	13,3		20	6,7	
60 ou mais anos	116	18,6		5	1,7	
Raça ou cor			< 0,0001			< 0,0001
Branca	119	19		75	25	
Preta (R)	112	17,9		55	18,3	
Parda	361	57,8		160	53,3	
Amarela	33	5,3		8	2,7	

Tabela 1. (cont.)

Estado Civil			< 0,0001		0,032	
Casado / União estável (R)	394	62,7	169	56,3		
Solteiro	160	25,5	103	34,3		
Separado / Divorciado	41	6,5	25	8,3		
Viúvo	33	5,3	3	1		
Grau de Instrução			<0,0001		< 0,0001	
Ensino Fundamental (completo e incompleto)	377	61,3	0	0,0		
Ensino Médio (completo e incompleto) (R)	221	35,9	197	65,8		
Ensino Superior (completo e incompleto) e mais	18	2,0	102	34,1		

Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Verifica-se na *tabela 2* a distribuição de frequência cruzada *threeway* das variáveis dependentes. Ter presenciado evento violento é bem mais frequente entre usuários. Quanto aos aspectos relativos a conhecer alguém que tenha sido assassinado no território e acreditar que seja possível prevenir violência, a visão dos dois grupos é semelhante, além de ser alta a porcentagem de respostas positivas. Nos dois grupos, a maior parte dos entrevistados reconhece que

a abordagem da violência seja uma função da APS, porém com maior ocorrência entre os profissionais. Observa-se que os profissionais tenderam mais a não presenciar evento violento e a não conhecer vítimas de assassinato na região em que trabalham. Embora esse índice seja menor do que o verificado entre usuários ele é alto e, provavelmente, se deve ao fato de que muitos dos profissionais, mas não todos, residam no território no qual trabalham.

Tabela 2. Distribuição de frequência cruzada *threeway* sobre as variáveis dependentes de usuários e profissionais (N = 928). Ribeirão das Neves, 2013

Variáveis	Usuários %		Profissionais %	
	Sim	Não	Sim	Não
Presenciou evento de violência	71,7	28,3	35,8	64,2
Conheceu alguém que foi assassinado na região	66,2	33,8	63,6	36,4
É possível prevenir a violência	86,7	13,3	79,5	20,5
É função da APS abordar a violência	64,6	35,4	81,0	19,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa.

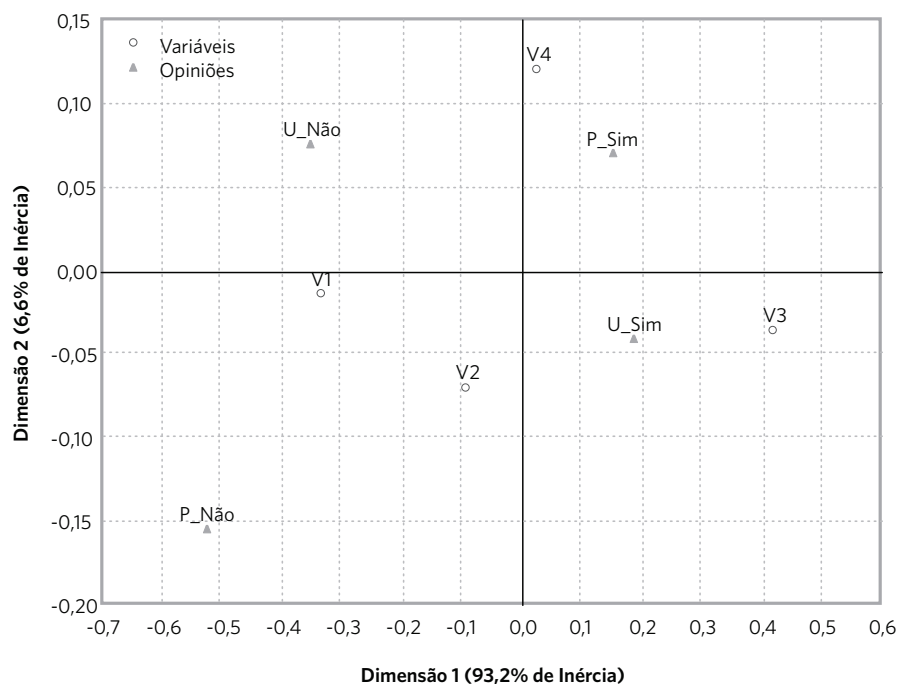
A *figura 1* apresenta o mapa de correspondência entre as opiniões de usuários e profissionais segundo as variáveis estudadas. As dimensões 1 e 2 representam, juntas, 99,8% da variabilidade dos dados originais. Em outras palavras, perde-se apenas 0,2% ao representar

esses dados nessas duas dimensões. Para a interpretação da associação entre as variáveis V1, V2, V3 e V4 e as opiniões U-Sim, P-Sim, U-Não, P-Não, deve ser analisada a *tabela 3*. Sobre as contribuições das dimensões 1 e 2 sobre as variáveis V1, V2, V3 e V4, observa-se

que para as variáveis V1, V2 e V3, a interpretação deve ser feita na dimensão 1. Isto porque esta dimensão explica percentuais de inércia maiores referentes a cada uma (99,7% para V1;

62,0% para V2 e 99,2% para V3). A variável V4, por sua vez, deve ser interpretada na dimensão 2, pois esta dimensão explica 95,3% da inércia referente a ela.

Figura 1. Mapa de correspondência de opiniões de usuários e profissionais e variáveis estudadas



U_Sim - usuários que responderam sim; U_Não - usuários que responderam não; P_Sim - profissionais que responderam sim; P_Não - profissionais que responderam não; V1 - Presenciou evento violento no bairro ou vizinhança da unidade; V2 - Conheceu alguém que foi assassinado no bairro ou vizinhança da unidade; V3 - É possível prevenir violência; V4 - É uma das funções da unidade a prevenção da violência.

A tabela 3 apresenta ainda as contribuições relativas às dimensões 1 e 2 sobre as opiniões de usuários e profissionais sobre as variáveis estudadas (U_Sim, U_Não, P_Sim e P_Não), verificando-se que todas devem ser interpretados

na dimensão 1, pois esta dimensão explica 95,4%, 95,5%, 82,5% e 91,9% da inércia referentes às opiniões U_Sim, U_Não, P_Sim e P_Não, respectivamente.

Tabela 3. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (variáveis) e os perfis de coluna (opiniões)

Variáveis	Dimensão 1	Dimensão 2
V1	0,997	0,002
V2	0,620	0,362
V3	0,992	0,007
V4	0,045	0,953
Opiniões	Dimensão 1	Dimensão 2
U_Sim	0,954	0,045
U_Não	0,955	0,044
P_Sim	0,825	0,166
P_Não	0,919	0,080

Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Orientados pela *tabela 3*, verifica-se, no Mapa de Correspondência (*figura 1*), para a variável V2 (Conheceu alguém que foi assassinado no bairro ou vizinhança da unidade) associação entre repostas afirmativas dos usuários (U_Sim) e repostas afirmativas dos profissionais (P_Sim), assim como associação entre as respostas negativas de usuários e respostas negativas de profissionais. Para a variável V3 (É possível prevenir violência), verifica-se associação apenas de repostas afirmativas de usuários (U_Sim) e profissionais (P_Sim); para a variável V1 (Presenciou evento violento no bairro ou vizinhança da unidade), verifica-se associação entre as respostas negativas de usuários (U_Não) e profissionais (P_Não). Para a variável V4 (É uma das funções da unidade a prevenção da violência), no entanto, verifica-se a associação entre repostas ‘afirmativas’ dos profissionais (P_Sim) e as repostas ‘negativas’ dos usuários (U_Não). É possível também analisar as associações dentro do mesmo perfil, e nesse caso, destaca-se o fato de que a variável V4 se apresenta bastante separada das demais variáveis, com especial atenção para a variável V3, indicando que a crença dos usuários na prevenção da violência não se associa com a possibilidade de atuação das unidades de saúde.

Discussão

A violência como um problema de saúde

O percentual de usuários e profissionais que dizem ter presenciado violência (V1) ou conhecer alguém que já foi assassinado na vizinhança da unidade de saúde (V2), mostra inequivocamente que a violência é um problema que afeta a população do território estudado. O fato de a amostra ter sido composta, em sua maioria, por mulheres, expressa a real predominância do sexo feminino nos serviços da APS e não implica, para o universo estudado, possíveis vieses nos resultados. Contudo, tal achado pode estimular a abertura de novos estudos para aprofundar a discussão da violência junto à população masculina que frequenta a APS.

A associação encontrada na análise de correspondência para V2, tanto entre as repostas positivas como negativas de usuários e profissionais, mostra que, do ponto de vista do conhecimento do problema, usuários e profissionais estão próximos um do outro, portanto, que os profissionais têm conhecimento dessa situação experimentada pelos usuários. Sendo a APS, o nível de atenção que atua com maior capilaridade e aproximação das necessidades

das populações dos territórios de referência, o resultado destaca a necessidade de incluir e favorecer a abordagem da violência em sua atuação⁹. A situação, no entanto, é distinta quando se analisa a opinião de usuários e profissionais sobre o papel da saúde na abordagem da violência (V4). Nesse caso, há uma associação entre as posições contrárias desses dois atores, como também um distanciamento maior desta variável em relação às demais, sugerindo que, embora haja um reconhecimento do problema por parte dos profissionais, ele ainda não se traduziu em ações efetivas nem em atuação prática rotineira, que possam ser visualizadas e aceitas pelos usuários. Tal fato poderia estar relacionado, por um lado, às limitações da formação dos profissionais ainda impregnados da lógica da produtividade e do modelo biomédico, desviando-se da construção de processos de trabalho pautados no vínculo, acolhimento, interdisciplinaridade, com foco no sujeito e nas necessidades das populações^{10,11}. Consideradas tais condições, têm razão os autores que enfatizam a necessidade de se investir na qualificação da atenção e na capacitação dos profissionais da APS^{4,9}. Por outro lado, não se pode esquecer da ineficácia dos programas de educação permanente dos profissionais, isto é, da incapacidade dos cursos de capacitação ministrados promoverem a aquisição de competências e transformarem o aprendizado em atuação prática¹²⁻¹⁵. Há ainda outros fatores, por exemplo, a falta de suporte e proteção aos profissionais que lidam com casos de violência em seu cotidiano³ e a dificuldade de articulação em rede, uma vez que para a atuação frente às situações de violência, os profissionais precisam conhecer a rede de atendimento e realizar de forma efetiva o acolhimento inicial, as orientações, a notificação e os encaminhamentos¹⁶.

O distanciamento de usuários e profissionais aumenta quando, no lugar das violências interpessoais e comunitárias, entram em cena, outros tipos de violência, por exemplo, a falta de acesso aos direitos sociais, especialmente, no caso, a atenção à saúde de qualidade, o

tratamento respeitoso e pautado na escuta e no reconhecimento recíproco entre sujeitos. É o que mostra a análise qualitativa: tais preocupações aparecem nas falas dos usuários, mas não na fala dos profissionais, voltando-se à discussão inicial, do perfil do profissional, mais afeito à lógica da produtividade, menos afeito às relações intersubjetivas^{10,11,17}. Também, apenas os usuários falam da violência institucional e expressam insatisfação com a inadequação do espaço físico, falta de privacidade, impessoalidade como formas explícitas e causadoras de mais violência. Além disso, como citam Schek et al.¹⁸, a grande demanda de atendimento pode contribuir para o registro insuficiente de casos suspeitos ou confirmados que necessitam de maior tempo para sua abordagem.

Integralidade da atenção

O conhecimento e o reconhecimento da violência como problema relevante para população vinculada à APS guardam, como se viu, certo descompasso entre usuários e profissionais, mostrando a necessidade de novas abordagens, cuja efetivação deve passar, necessariamente, pela retomada de preceitos básicos da APS, especialmente, para o caso, a integralidade, indispensável frente à complexidade e aos múltiplos danos causados pela violência^{3,19,20}. No entanto, o predomínio do modelo biomédico, centrado no corpo biológico, quase sempre desconsiderando a subjetividade e os aspectos culturais da vida humana, faz com que tal saída nem seja tão simples nem de alcance imediato^{9,21,22}.

Na análise qualitativa, sobre a percepção sobre quais são as funções da saúde na prevenção da violência (V5), usuários e profissionais relatam, é verdade, a realização de múltiplas e diversas ações de prevenção da violência; por outro lado, apontam a necessidade de se avançar em termos de qualidade da atenção, garantia de segurança nas unidades, construção de espaços de discussão e ações de promoção e proteção à saúde, endereçadas à população em geral. Merece destaque também

o fato de que os usuários se preocupam com o cuidado frente à violência instalada, deixando claras as lacunas existentes.

É comum, entre os profissionais, a percepção de que a abordagem da violência deveria correr por conta de profissionais especializados, implicando atitude de transferência de responsabilidade do cuidado¹⁷. As visitas domiciliares e a atuação do ACS na abordagem da violência têm sido apontadas como estratégias de grande potencialidade^{3,11} para identificar situações de violência doméstica e prevenir maus tratos às crianças¹³. Curiosamente, a maioria dos entrevistados não cita tais estratégias inerentes à estrutura e funcionamento da APS como alternativas de enfrentamento e combate à violência.

Participação social

A discussão anterior remete diretamente à questão da participação social e da práxis de autonomia como elemento central da promoção de saúde e da prevenção da violência^{23,24}. Destacam-se, aqui, as sugestões encontradas de forma mais expressiva nos discursos dos usuários, a saber, a construção e envolvimento em ações coletivas contínuas sob a forma de reuniões, rodas, espaço de discussão e de diálogo, debates, conversa, esclarecimento de pontos de vista, interação com a comunidade, depoimentos e participação para a abordagem da violência. Tal situação demonstra que a população sinaliza pela construção de espaços mais democráticos de discussão, não só da saúde, mas também da violência, em que todos possam de fato debater o problema, de forma a transcender o modelo verticalizado de transmissão de informações e conhecimentos²³.

Para Habermas, a comunicação linguística e o diálogo constituem saída da alienação da sociedade que recupera aí sua autonomia e identidade²⁵. A sociedade civil, nesse modelo, é distinta do sistema de ação econômica e da administração pública, tornando-se a base social de espaços públicos autônomos que geram poder comunicativo, a partir da

construção de opinião e vontade coletiva, que então se transforma em poder propício de ser empregado no âmbito administrativo. O autor destaca que não somente a ação comunicativa define a força da capacidade de integração da sociedade, como também a construção de espaços públicos autônomos de formação de vontade, fundamentais para a demarcação de fronteiras dos outros dois meios, dinheiro e poder administrativo²⁶.

Tanto a dimensão comunicativa do debate público como a que está presente no cotidiano da vida, nas interações informais, travadas entre pessoas no seu ambiente social, e que são a base da primeira, ocorrem dentro do âmbito que Habermas denomina mundo da vida. Porém, nas sociedades de capitalismo tardio, os poderes, administrativo e econômico, adentram o mundo da vida, impedindo que as relações interativas se estabeleçam. A visão dos entrevistados, principalmente dos usuários, aproxima-se de tais pressupostos teóricos, que se traduzem pela criação de espaços de conversação e produção coletiva de saberes e práticas. Durand e Heidemann¹⁰ reiteram a necessidade de intensificar tais práticas com o objetivo de promover diálogo e acolhimento.

Conclusões

A violência apresenta-se como um dos problemas mais complexos e de difícil abordagem na área da saúde. Lidar com pessoas em situação de violência envolve saber técnico, social, psicológico, além de múltiplas habilidades. Verificou-se que a violência permeia o cotidiano de vida e atuação de usuários e profissionais de saúde no município estudado. E que, de algum modo, existem possibilidades de intervenção, já que profissionais e usuários acreditam nessa proposta – de maneira distinta, é verdade – no sentido de que é possível prevenir a violência e de que a saúde deva atuar nessa prevenção.

Se, por um lado, este estudo demonstra a presença da violência no contexto de vida e

atuação de usuários e profissionais, por outro, mostra que o problema precisa ser melhor reconhecido pela APS e tratado de forma sistemática, a partir do aprimoramento das práticas profissionais. É preciso fortalecer o princípio do trabalho em rede, de forma inter-setorial, integrada e consistente. A ênfase em propostas de cunho participativo, consideradas decisivas para a abordagem do problema, reforça a existência de contexto fértil para o desenvolvimento de discussões, debates e

conversas à luz de objetivos que promovam e resgatem relações de solidariedade.

Colaboradores

Os autores do manuscrito contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação final do artigo. ■

Referências

1. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
2. Cerqueira D, Coelho DSC, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Rev. Bras. Segur. Pública*. [internet]. 2017 fev-mar [acesso em 2018 jan 4]; 11(1):24-48. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>.
3. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 10]; 47(2):320-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>.
4. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 5]; 18(1):221-32. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/s1413-81232013000100023>.
5. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes; 2014. p. 40-76.
6. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, et al. *Atlas da Violência 2017* [internet]. Rio de Janeiro: IPEA; São Paulo: FBSP; 2017 [acesso em 2018 jan 5]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf.
7. Ribeirão das Neves. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves. *Arq Ribeirão das Neves 2014* [acesso em 2018 jun 6]. Disponível em: <http://www.ribeiraodasneves.mg.gov.br/organograma/unidade/secretaria-de-saude/>.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 7; 1977.
9. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm* [internet]. 2017 maio-jun [acesso em 2018 jan 7]; 70(3):537-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>.
10. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 25]; 47(2):288-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/03.pdf>.
11. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 4]; 29(6):1230-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>.
12. Jewkes R. What works to prevent violence against women and girls - Evidence Reviews Paper 3: Response mechanisms to prevent violence against women and girls. What works to prevent violence (Reino Unido) [internet]. 2015 [acesso em 2016 jul 20]. Disponível em: <http://www.whatworks.co.za/resources/all-resources/publications>.
13. Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, et al. Formação de agentes comunitárias de saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da educação popular e da pedagogia feminista. *Interface* [internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 20]; 18(2):1241-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0322>.
14. Huacuz Elías MG. Desde la complejidad y la ética de la investigación: paradojas de los discursos biomédicos sobre la violencia de género en México. *Soc. Estado* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 5]; 29(2):401-14. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200005>.
15. Lima CA, Deslandes S. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s. *Saude Soc* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 20]; 23(3):787-800. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400025>.
16. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: de-sarticulação dos profissionais em rede. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 jan 7]; 51(03):e03207. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016113303207>.
17. Villela WV, Vianna LA, Carneiro L, et al. Ambigüidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde soc.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 5]; 20(1):113-123. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>.
18. Schek G, Silva MRS, Lacharité C, et al. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 4]; 25:e2889. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2889.pdf.
19. Pedrosa CM, Diniz CSGD, Moura VGAL. O programa iluminar campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 20]; 21(6):1879-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07822016>.
20. Duque LF, Montoya NE, Restrepo A. Aggressors and resilient youths in Medellín, Colombia: the need for a paradigm shift in order to overcome violence. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 20]; 29(11):2208-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00178212>.
21. Netto MFV, Deslandes S. As estratégias da saúde da família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 12]; 21(5):1583-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>.
22. Soares JSF, Lopes MJM, Njaine K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda

- e rede de apoio. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 20]; 29(6):1121-30. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600009>.
23. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, et al. Homicídios e vulnerabilidade social. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 5]; 21(3):923-934. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015213.12362015>.
24. Avritzer L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires RRC, organizador. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: Ipea; 2011. p. 13-28.
25. Habermas J. *A crise de legitimação no capitalismo tardio*. Tradução Vamirehchacon. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro; 2002.
26. Habermas J. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova* 1995; (36):39-53.

Recebido em 30/04/ 2017
Aprovado em 24/11/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados

Violence caused by an intimate partner in users of Primary Health Care: prevalence and associated factors

Doriana Ozólio Alves Rosa¹, Renata Cristina de Souza Ramos², Talita Munick Vieira Gomes³, Elza Machado de Melo⁴, Victor Hugo Melo⁵

DOI: 10.1590/0103-110420185405

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5762-4269>
dorianaozolio@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3179-7177>
re.psi@globo.com

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0282-1913>
tatamunick@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzammelo@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1014-7762>
victormelo2401@gmail.com

RESUMO A violência provocada por parceiro íntimo é reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública. Investigaram-se a prevalência e os fatores associados a esse tipo de violência em 470 mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde, em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal, utilizando distribuições de frequência e teste Qui-quadrado de inúmeras variáveis e regressão logística final. Os resultados apontam que a violência contra a mulher é um fenômeno de alta frequência e pode estar associado à baixa escolaridade e ao consumo de álcool. A Atenção Primária à Saúde é um dos locais mais procurados pelas mulheres em situação de violência. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde se envolvam no combate à violência contra a mulher.

PALAVRAS-CHAVE Violência contra a mulher. Violência doméstica. Mulheres agredidas. Maus-tratos conjugais. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Violence caused by an intimate partner is recognized worldwide as a public health problem. It was investigated the prevalence and factors associated with this kind of violence in 470 women users of Primary Health Care, in a municipality of the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Minas Gerais. This is a cross-sectional study, using frequency distributions and Chi-square test of several variables and final logistic regression. The results indicate that violence against women is a high frequency phenomenon and can be associated to low education and alcohol consumption. Primary Health Care is one of the most required places by women in situation of violence. Therefore, is fundamental that health professionals become involved in combating violence against women.*

KEYWORDS *Violence against women. Domestic violence. Battered women. Spouse abuse. Primary Health Care.*



Introdução

A Violência Provocada por Parceiro Íntimo (VPPI) é definida como o comportamento dentro de uma relação íntima que provoca danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. Devido à própria natureza da violência sexual e da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados¹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são fatores de risco para a ocorrência da VPPI: juventude; baixo nível de escolaridade; ser separada ou divorciada; ter sido exposta a maus-tratos na infância; violência entre os pais; uso nocivo do álcool; uso ilícito de drogas; e aceitação da violência².

Estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em 12 países da América Latina e Caribe, envolvendo 228.143 mulheres, mostrou que a prevalência da VPPI é alta, variando com relação às dimensões física, psicológica e sexual. Entre as mulheres entrevistadas, 13,4 a 52,3% relataram a ocorrência de violência física provocada pelo parceiro, em algum momento de suas vidas².

Por sua vez, o fenômeno da violência contra a mulher perpassa todas as classes e segmentos sociais, e é no âmbito doméstico que acontece a maior parte das situações de violência vivenciadas pelas mulheres. No Brasil, em 2011, em 70% dos registros de atendimentos realizados em mulheres vítimas da violência, o local do evento foi a própria casa da vítima³.

O serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos locais mais procurados pelas mulheres em situação de violência. No entanto, a violência não se apresenta como uma demanda imediata ao serviço, surgindo mais como uma demanda implícita⁴. As mulheres que convivem com a VPPI fazem maior uso dos serviços de saúde, principalmente em associação com a gravidade e a reiteração desse tipo de violência⁵. Assim, a violência contra a mulher é uma realidade no cotidiano dos profissionais

de saúde da atenção primária, e estes vêm subnotificando os casos de violência^{4,6}.

Apesar de a notificação da violência contra a mulher ser obrigatória em todo o território nacional, devendo ser realizada pelo profissional de saúde que atendeu a vítima, ela ainda não está devidamente implementada⁷. O reconhecimento da violência de gênero como um problema de saúde pública é recente, sendo possível que os profissionais de saúde ainda desconhecem as suas consequências para a saúde da mulher, além de não se sentirem capazes e seguros para notificar os casos de violência^{4,6}.

O objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência e os fatores associados à violência contra a mulher, provocada por parceiro íntimo, a partir de entrevistas de usuárias da APS em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Metodologia

Este é um estudo transversal, de natureza quantitativa, aninhado na pesquisa 'Programa de Promoção de saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica', realizada no município de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em julho de 2012. A pesquisa 'Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica' é coordenada pelo Núcleo de Saúde e Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Foram entrevistadas mulheres residentes nesse município, recrutadas a partir das 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de 5 Unidades Básicas de Referência (UBR), locais onde ocorreram as entrevistas individuais. Foi utilizada uma tabela de números aleatórios para selecionar as usuárias, a partir de sua ordem de chegada à unidade de saúde. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 15 anos; ser do sexo feminino; ter tido parceria afetivo-sexual alguma vez na vida; ter sido atendida na UBS

pelo menos uma vez antes da entrevista; e ser moradora do local há mais de um ano.

O questionário aplicado foi construído pela equipe da pesquisa 'Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica', tendo sido composto por dois núcleos: 1) O primeiro abordava as características pessoais e sociodemográficas dos indivíduos, sua ocupação/trabalho, relações pessoais e comunitárias estabelecidas, além de sua percepção de saúde e os tipos de violência sofrida; 2) Para confecção do segundo núcleo, utilizou-se parte do questionário referente ao estudo multicêntrico realizado pela OMS, intitulado 'Estudo Multipaíses Sobre a Violência Doméstica'⁸, e validado no Brasil⁹. Desse questionário, foram aplicadas às usuárias perguntas contidas em duas seções: 1) Seção 7 – 'A Entrevistada e seu companheiro'; 2) Seção 10 – 'Outras Experiências'. As perguntas referentes a essas seções abordavam o tema da violência contra a mulher, provocada pelo parceiro íntimo, nos seus aspectos físico, sexual e psicológico. O questionário foi testado previamente com membros da própria equipe de pesquisa. Aprovada sua versão final, foi realizado o treinamento para os aplicadores.

Foi definido como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro com o qual a mulher vive ou já viveu, independentemente de ser uma união formal, incluindo-se aí os parceiros atuais ou anteriores, desde que tenha havido relação sexual.

As variáveis independentes analisadas foram agrupadas em quatro blocos: características sociodemográficas (idade; estado civil; grau de instrução; chefe da família; renda familiar; número de pessoas na casa; trabalho; desemprego na família; consumo de bebida alcoólica); autopercepção da saúde (utiliza o Sistema Único de Saúde – SUS; tem algum problema de saúde; como avalia sua saúde; grau de dores no corpo; quando procurou o médico pela última vez; dor de cabeça ou enxaqueca); violências sofridas e praticadas pela mulher (sofreu alguma violência nos últimos 12 meses; tipo de violência sofrida – física, verbal, psicológica/moral, sexual –;

quem agrediu; se achar violenta; agrediu alguém da família; tipo de agressão praticada – física, verbal, psicológica/moral, sexual); e violências provocadas pelo parceiro íntimo.

A Violência Física (VF), a Violência Psicológica (VP) e a Violência Sexual (VS), provocadas por parceiro íntimo, foram consideradas presentes quando a mulher respondeu sim a pelo menos uma das seguintes perguntas: Insultou-a ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma? Depreciou você diante de outras pessoas? Intimidou ou fez coisas para assustá-la? Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta? Deu-lhe um tapa ou jogou algo? Empurrou-a ou deu um 'tranco'? Machucou-a com um soco ou objeto? Deu um chute, arrastou ou surrou? Estrangulou ou a queimou de propósito? Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma? Forçou-a fisicamente a ter relações sexuais? Teve relação sexual por medo? Forçou-a a ter prática sexual degradante?

Foi utilizado o *software* SPSS Statistic, versão 20, para armazenagem e análise quantitativa dos dados coletados. A partir da codificação dos dados obtidos dos questionários individuais, as informações foram inseridas com dupla entrada, para minimizar possíveis erros de digitação. Para análise dos dados, foram realizadas as distribuições de frequência das variáveis categóricas e testes estatísticos adequados para as comparações entre as variáveis, considerando-se $p < 0,05$. Para a análise multivariada, utilizou-se regressão logística ($p < 0,05$), Intervalo de Confiança (IC) e Razão de chances (OddsRatio – OR).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Coep/UFMG, sob o nº 01140812.1.0000.5149, em 30/05/2012. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após terem sido informadas a respeito da confidencialidade dos dados colhidos na pesquisa. No caso de participantes menores de 18 anos, os responsáveis também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Foram entrevistadas 470 mulheres, com idade entre 15 a 83 anos. A *tabela 1* apresenta as características sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Algumas informações relativas à distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e de alguns tipos de violência verificadas na pesquisa foram apresentadas em artigo publicado anteriormente¹⁰, e toda menção a elas, quando necessária, será referenciada a esse artigo. A maioria da população pesquisada (n=305; 64,9%) era casada ou vivia em união estável. Com relação ao grau de

instrução, 57,2% (n=269) possuíam tempo de escolaridade inferior a 8 anos. Renda familiar inferior ou igual a 3 salários mínimos foi relatada por 387 mulheres (82,3%); e 319 (67,8%) não possuíam emprego ou trabalho remunerado à época da entrevista¹⁰. A maior parte das mulheres entrevistadas utilizava o SUS, sendo que 80,4% (n=378) relataram última consulta médica há menos de 6 meses da data da entrevista. Percepção das entrevistadas sobre suas condições de saúde: 236 (50,2%) relataram ter algum problema de saúde; 320 (68,1%) afirmaram sentir dor de cabeça ou enxaqueca.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas das 470 mulheres entrevistadas em Ribeirão das Neves, Minas Gerais

Variável	N=470	%
Idade		
≤49 anos	334	71,1
>49 anos	130	27,7
Não informado	6	1,3
Estado Civil		
Solteira ^a	165	35,1
Casada ^b	305	64,9
Grau de Instrução		
< 8 anos de escolaridade	269	57,2
> 8 anos de escolaridade	192	40,9
Não informado	9	1,9
Chefe da Família		
Parceiro/Marido	251	53,4
Mulher	106	22,6
Outros Familiares	93	19,8
Renda Familiar		
≤3 salários mínimos	387	82,3
>3 salários mínimos	55	11,7
Não informado	28	6,0
Número de Pessoas que moram na casa		
≤4 pessoas	312	66,4
>4 pessoas	158	33,6
Consome bebida alcoólica atualmente		
Sim	62	13,2
Não	408	86,8

Tabela 1. (cont.)

Tem algum problema de saúde		
Sim	236	50,2
Não	233	49,8
Não informado	1	0,2
Sente dor de cabeça ou enxaqueca		
Sim	320	68,1
Não	150	31,9
Se acha violenta		
Sim	118	25,1
Não	352	74,9
Trabalha atualmente		
Sim	150	31,9
Não	319	67,8
Não informado	1	0,2
Desemprego na família		
Sim	199	42,3
Não	268	57,0
Não informado	3	0,6
Quando procurou médico		
<6 meses	378	80,6
>6 meses	91	19,4
Não informado	1	0,2

^a Solteira: mulher solteira, divorciada ou viúva.

^b Casada: mulher casada ou com união estável.

A *tabela 2* mostra os tipos de violência sofrida pelas mulheres, ocorridos nos últimos 12 meses. Merece destaque a violência verbal (n=128; 27,3%), seguida da violência psicológica ou moral (n=107; 22,7%)¹⁰. Além do parceiro íntimo, apareceram outros agressores (vizinhos, familiares, amigos e desconhecidos), que foram os responsáveis por agredir psicologicamente e/ou fisicamente 28,5% e 6,4% das mulheres entrevistadas, respectivamente. O parceiro íntimo aparece como um dos

agressores em todas as ocorrências de violência relatadas. Destaca-se a ocorrência de violência psicológica (15,5%) e física (5,7%) contra essas mulheres, provocada por familiares, o que se configura como violência doméstica. A mulher também aparece como agressora, cometendo agressões verbais (33,6%), físicas (16,6%) e psicológicas ou morais (8,3%). A aceitação de que eram violentas foi relatada por 25,1% das mulheres entrevistadas (informações não compiladas na *tabela 2*).

Tabela 2. Tipos de violências sofridas, nos últimos 12 meses, pelas 470 mulheres entrevistadas, em Ribeirão das Neves, MG, em 2012

Tipo de violência	N=470	%
Física		
Sim	36	7,7
Não	430	91,4
Não informado	4	0,8
<i>Quem agrediu fisicamente</i>		
Parceiro íntimo ^a	14	2,9
Outros ^b	30	6,4
Não sofreu agressão	426	90,6
Verbal		
Sim	128	27,3
Não	339	72,1
Não informado	3	0,6
Psicológica ou moral		
Sim	107	22,7
Não	358	76,1
Não informado	5	1,0
<i>Quem agrediu verbal, moral ou psicologicamente</i>		
Parceiro íntimo ^a	33	7,02
Outros ^b	134	28,5
Não sofreu agressão	303	64,4
Sexual		
Sim	13	2,76
Não	455	96,8
Não informado	4	0,8
<i>Quem agrediu sexualmente</i>		
Parceiro íntimo ^a	5	1,0
Outros ^b	8	1,7
Não sofreu agressão	455	96,8

^a Parceiro íntimo: companheiro atual ou ex-companheiro, namorado atual ou anteriores.

^b Outros: pai, padrasto, outro membro da família, professor, policial, amigo(a), estranho, alguém do trabalho, padre/líder religioso ou vizinho.

A magnitude da VPPI e a distribuição dos vários tipos de violência são apresentadas na *tabela 3*. Percebe-se que a violência psicológica é o evento com maior ocorrência. Por outro lado, chama atenção a alta frequência

de violência física moderada (24,9%) ou grave (18,5%) perpetrada pelo parceiro íntimo. Violência física ocorreu alguma vez na vida de 26,0% das entrevistadas, e a psicológica foi relatada por 42,8% delas.

Tabela 3. Violências contra as mulheres praticadas pelo parceiro íntimo, ou ex-parceiro, relatadas pelas 470 mulheres entrevistadas

Tipo de violência	N=470	%
Psicológica		
<i>Insultou-a ou fez com se sentisse mal a respeito de si mesma?</i>		
Sim	201	42,8
<i>Depreciou você diante de outras pessoas?</i>		
Sim	136	28,9
<i>Intimidou ou fez coisas para assustá-la?</i>		
Sim	145	30,9
<i>Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?</i>		
Sim	111	23,6
Física		
Moderada^a		
<i>Marido/companheiro deu um tapa ou jogou algo?</i>		
Sim	117	24,9
<i>Empurrou-a ou deu um "tranco"?</i>		
Sim	122	26,0
Grave^b		
<i>Marido/companheiro machucou-a com um soco ou objeto?</i>		
Sim	87	18,5
<i>Deu um chute, arrastou ou surrou?</i>		
Sim	53	11,2
<i>Estrangulou ou queimou de propósito?</i>		
Sim	26	5,5
<i>Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma?</i>		
Sim	56	11,9
Sexual		
<i>Forçou-a fisicamente a ter relações sexuais?</i>		
Sim	53	11,3
<i>Teve relação sexual por medo do que ele pudesse fazer?</i>		
Sim	55	11,7
<i>Forçou a prática sexual degradante?</i>		
Sim	30	6,4

^a Violência física moderada: dar tapas ou jogar algo; empurrar.

^b Violência física grave: chutar, surrar, estrangular ou queimar, usar armas.

A tabela 4 apresenta a análise bivariada para a ocorrência de todos os tipos de violência praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher. As variáveis significantes ($p < 0,05$) associadas à VPPI e, portanto, que podem ser consideradas como prováveis fatores de risco para a ocorrência desse tipo de violência contra a mulher foram: psicológica (grau de instrução ≤ 8 anos,

ter problema de saúde e julgar-se violenta); física (grau de instrução ≤ 8 anos, ter problema de saúde, sentir dor de cabeça ou enxaqueca e julgar-se violenta); sexual (idade ≤ 49 anos, casada, grau de instrução ≤ 8 anos, ser chefe de família, consumir bebida alcoólica, ter algum problema de saúde, julgar-se violenta).

Tabela 4. Análise de ocorrência das violências psicológica, física e sexual, praticadas pelo parceiro íntimo, segundo variáveis estudadas

Variáveis	Violência Psicológica N ^a (%)	Valor p	Violência Física N ^a (%)	Valor p	Violência Sexual N ^a (%)	Valor p
Idade (anos)						
≤ 49	172 (52,4)	0,895	93 (30,2)	0,962	42 (12,8)	0,007
> 49	68 (53,1)		35 (30,4)		29 (23,2)	
Estado Civil						
Solteira ^b	95 (58,6)	0,076	46 (31,7)	0,720	35 (21,9)	0,015
Casada ^c	150 (50,0)		85 (30)		39 (13,1)	
Grau de instrução (anos)						
≤8	153 (58,2)	0,007	83 (35,2)	0,014	57 (21,8)	0,000
>8	86 (45,3)		44 (24)		17 (9,0)	
Chefe da família						
Parceiro/marido	124 (49,6)	0,134	66 (28,1)	0,308	32 (12,9)	0,045
Entrevistada ou familiar	109 (56,8)		57 (32,8)		38 (20)	
Renda familiar (em salários mínimos)						
≤3 sal. mínimos	204 (53,8)	0,157	109 (31,1)	0,369	60 (16)	0,532
>3 sal. mínimos	24 (43,6)		13 (25)		7 (12,7)	
Não informado						
Número de pessoas que residem na casa						
>4	84 (54,2)	0,722	50 (33,8)	0,300	24 (15,5)	0,779
≤4	161 (52,4)		81 (28,9)		50 (16,5)	
Trabalha atualmente						
Sim	84 (56,0)	0,394	44 (32,1)	0,658	22 (14,8)	0,565
Não	161 (51,8)		87 (30,0)		52 (16,9)	
Desemprego na família						
Sim	107 (54,9)	0,527	60 (32,1)	0,617	27 (13,8)	0,226
Não	137 (51,9)		71 (29,8)		47 (18,1)	
Consome bebida alcoólica						
Sim	37(60,7)	0,200	18 (35,3)	0,439	15 (25,4)	0,038
Não	208 (51,9)		113 (30,0)		59 (14,8)	
Tem algum problema de saúde						
Sim	137 (58,8)	0,014	77 (36,7)	0,008	49 (21,4)	0,002
Não	108 (47,4)		54 (24,9)		25 (11)	
Última consulta com um médico (meses)						
< 6	196 (52,7)	0,688	107 (30,9)	0,820	54 (14,7)	0,073
> 6	49 (55,1)		24 (29,6)		20 (22,5)	
Sente dor de cabeça ou enxaqueca						
Sim	175(55,2)	0,166	102 (35,1)	0,004	55 (17,5)	0,243
Não	70 (48,3)		29 (21,2)		19 (13,2)	
Se acha violenta						
Sim	79 (68,7)	0,000	48 (47,1)	0,000	26 (22,8)	0,026
Não	166 (47,8)		83 (25,5)		48 (14,0)	

^a Número de mulheres que sofreram violência moral e/ou psicológica, física e sexual.

^b Solteira: representa as mulheres solteiras, divorciadas, desquitadas e viúvas.

^c Casada: representa as mulheres casadas e as que vivem em união estável.

As variáveis das análises univariadas com valor $p < 0,20$ nas três dimensões da VPPI pesquisadas (física, psicológica e sexual) foram incluídas no modelo multivariado de regressão logística. Assim, para análise da violência psicológica, foram incluídas as variáveis: estado civil; grau de instrução; chefe de família; renda familiar; consumir bebida alcoólica; ter algum problema de saúde; sentir dor de cabeça ou enxaqueca; e julgar-se violenta. Para análise da violência física, foram incluídas as variáveis: grau de instrução; ter algum problema de saúde; sentir dor de cabeça ou enxaqueca; e julgar-se violenta. Para análise da violência sexual, foram incluídas as variáveis: idade; grau de instrução; estado civil; ser chefe de família; consumir bebida alcoólica; ter algum problema de saúde; há quanto tempo procurou um médico; julgar-se violenta.

A *tabela 5* apresenta o modelo final da análise multivariada, mostrando as variáveis associadas significativamente ($p < 0,05$) à ocorrência de VPPI nas três dimensões pesquisadas. Para a

ocorrência da VPPI psicológica, encontrou-se que ser casada reduz a chance (OR=0,597) de sofrer esse tipo de violência, enquanto julgar-se violenta (OR=2,038), ter baixa escolaridade (OR=3,194) e consumir bebida alcoólica (OR=3,669) aumentam as chances de ser psicologicamente violentada. Ser agredida fisicamente pelo parceiro íntimo associou-se significativamente a: baixa escolaridade (OR=1,629), sentir dor de cabeça ou enxaqueca (OR=1,761) e julgar-se violenta (OR=2,038). Quanto à ocorrência da VPPI sexual, as variáveis ser casada (OR=0,511) e ter idade ≥ 49 anos (OR=0,542) se associaram a menor chance de violência. Ao contrário, consumir bebida alcoólica (OR=2,724) e ter baixa escolaridade (OR=2,797) mostraram-se significativamente associadas à violência sexual provocada pelo parceiro íntimo. Percebe-se que a baixa escolaridade foi a variável que permaneceu em todos os tipos de VPPI, associando-se significativamente a maior chance de ocorrência de violência psicológica, física e/ou sexual.

Tabela 5. Modelo final da regressão logística para as violências psicológica, física e sexual, relatadas pelas 470 mulheres entrevistadas em Ribeirão das Neves, Minas Gerais

Variáveis	OR	IC 95%	p
Violência Psicológica			
Estado Civil - (casada)	0,597	0,358 → 0,994	0,047
Julga-se violenta - (sim)	2,038	1,267 → 3,277	0,003
< 8 anos de escolaridade	3,194	1,745 → 5,845	0,000
Consome bebida alcoólica - (sim)	3,669	2,182 → 6,168	0,000
Violência Física			
< 8 anos de escolaridade	1,629	1,093 → 2,427	0,017
Sente dor de cabeça e/ou enxaqueca - (sim)	1,761	1,091 → 2,841	0,021
Julga-se violenta - (sim)	2,038	1,484 → 2,799	0,000
Violência Sexual			
Estado Civil - (casada)	0,511	0,298 → 0,878	0,015
Idade ≥ 49 anos	0,542	0,298 → 0,985	0,045
Desemprego na família - (sim)	0,582	0,334 → 1,015	0,057
Consome bebida alcoólica - (sim)	2,724	1,342 → 5,53	0,006
< 8 anos de escolaridade	2,797	1,462 → 5,352	0,002

Discussão

Os achados referentes às características sociodemográficas das mulheres entrevistadas, como renda inferior a três salários mínimos e baixa escolaridade, condizem com as informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo 2010¹¹, para o município de Ribeirão das Neves. De acordo com o IBGE, a prevalência da pobreza e da pobreza subjetiva é de 23,2% e 16,9%, respectivamente, na população absoluta do município. No tocante à escolaridade, 49,1% das mulheres com ocupação remunerada, com 25 anos ou mais de idade, não têm instrução ou não completaram o ensino fundamental. As ocupações para trabalhadores que não possuem qualificação se sobressaem, reforçando a baixa escolaridade da população estudada.

A prevalência da violência contra a mulher provocada pelo parceiro íntimo (VPPI) encontrada neste estudo para as dimensões psicológica (42,8%), física (26%) e sexual (12%) é corroborada por outros estudos nacionais que relatam que 56,4% das 2.379 mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido VPPI, e encontraram prevalência de VPPI em 59,8% das 2.780 mulheres pesquisadas^{12,13}. Em outras pesquisas com amostras semelhantes ao nosso estudo, os achados da prevalência da VPPI foram 34,5%, 27,5% e 28,9%, respectivamente¹⁴⁻¹⁷. Em estudo internacional envolvendo 15.081 mulheres, encontrou-se que 49,8% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência provocada pelo parceiro íntimo¹⁷.

A violência psicológica no nosso estudo foi a mais prevalente entre todas as formas de violência (42,8%), achado bastante concorde com os resultados de outros autores, que observaram que 41,4% e 42,4% das mulheres entrevistadas referiram ter sofrido VPPI psicológica^{17,18}. Pesquisa realizada em todo o território nacional dos Estados Unidos revelou que 48,4% de todas as mulheres do país já sofreram violência psicológica provocada pelo parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas¹⁹. A VPPI física foi relatada por 26,0%

da população desse estudo. Pesquisa realizada em vários países revelou que 10,0 a 69,0% das mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos sofreram algum tipo de abuso físico por seus parceiros¹. Alguns autores, utilizando como base o mesmo instrumento de nosso estudo, observaram que 34,5% das 501 mulheres da amostra sofreram VPPI¹³. Outros autores também demonstraram que a prevalência da violência física contra a mulher, provocada pelo parceiro íntimo, é alarmante, tendo sido relatada por 19,7% das mulheres pesquisadas, 31,3% e 35,6% das mulheres participantes de variados estudos¹⁷⁻¹⁹.

Já a VPPI sexual foi prevalente em 11,7% das entrevistadas em nosso estudo. Os achados de outros pesquisadores foram: 9,2%; 16,9%; 30% das mulheres pesquisadas¹⁷⁻¹⁹. Em estudo multicêntrico, a OMS encontrou que entre 6,0 a 59,0% das mulheres em todo o mundo sofreram abuso sexual cometido pelos parceiros⁸.

No presente estudo, investigou-se uma população dependente do serviço público de saúde e que utiliza os serviços médicos com frequência. Entretanto, quando perguntadas sobre terem quaisquer problemas de saúde, quase metade das entrevistadas negou sua existência. Problemas de saúde e dor de cabeça e/ou enxaqueca estão associados à VPPI nas três categorias em nosso estudo. Parcela expressiva referiu episódios de dor de cabeça ou enxaqueca, seguidos de relatos de dores no corpo²⁰. Analisando entrevistas de 13.094 mulheres da Pesquisa Nacional de Saúde na Espanha, encontrou-se que havia associação entre dores crônicas, autopercepção de saúde deficiente e sofrimento psíquico devido à VPPI.

Percebe-se que ainda é muito difícil para as vítimas de agressão buscar ajuda levando como queixa principal a violência sofrida, seja por vergonha, medo ou por dificuldade de se expor. O que ocorre é que o atendimento no âmbito da saúde é voltado para as queixas explícitas, e essa visão está arraigada tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde²⁰.

Os achados do nosso estudo mostraram que baixo grau de instrução e baixa renda

estão associados com a ocorrência de VPPI. Essa associação foi também encontrada em outros estudos, nos quais foi observado que baixa escolaridade era fator de risco para a ocorrência de VPPI física¹⁴⁻¹⁶.

O consumo de álcool pela mulher foi associado à ocorrência da VPPI nas três dimensões desse tipo de violência encontradas neste estudo, em concordância com outras publicações^{14,17,21}. O uso de álcool e outras drogas foi associado à violência e pode ser considerado fator preditivo desse fenômeno^{21,22}.

Julgar-se violenta apresentou associação significativa para a ocorrência de VPPI em todas as dimensões da violência íntima. Estudos internacionais referem a associação de julgar-se violenta, entre mulheres vítimas de VPPI, e atitudes de aceitação com relação à violência^{17,22,23}. Outros autores também descreveram essa associação entre a VPPI e o histórico familiar de violência^{14,15}.

Nesse sentido, a análise da violência como modelo ecológico, proposto pela OMS²⁴, ajuda a compreender o fenômeno da violência, pois ele é o resultado da complexa interação de fatores individuais e das relações sociais, culturais e ambientais. Cada vez mais, a sociedade tem se utilizado de atos violentos para a resolução de conflitos, demonstrando uma dificuldade em usar recursos da mediação, principalmente a fala, e, a partir dela, abrir a possibilidade de negociar, argumentar, enfim, de utilizar outros recursos para além da força física para resolução dos problemas.

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a violência que se estabelece no âmbito doméstico, principalmente a praticada contra a mulher, como um grave problema de saúde pública. E, ao mesmo tempo, que fiquem atentos para o fato de que os serviços de saúde são os espaços ideais para a detecção desses casos, constituindo-se em uma importante rede de atenção à saúde da mulher em situação de risco^{25,26}. Toda e qualquer busca de consultas em unidades da APS deve ser aproveitada para a

oferta de espaços de trocas e de aprendizagem, para que as pessoas possam, de fato, participar da produção de sua saúde.

García-Moreno et al.²⁵ referem em seu estudo que os profissionais da APS não priorizam as ações de prevenção e enfrentamento da violência, apesar de reconhecerem a violência conjugal como um problema de saúde pública. Segundo esses autores, ainda existe por parte dos profissionais de saúde o receio de notificar a violência, sendo necessário discutir esse tema e implementar ações mais efetivas²⁵. Por sua vez, a subnotificação da violência contra a mulher pode contribuir para manter a impunidade do agressor. Ainda não está claro para os profissionais de saúde que as notificações de violência são importantes instrumentos para subsidiar a necessidade de formulação de políticas para o setor²⁷.

Conclusões

O presente estudo procurou tipificar as violências praticadas contra a mulher por seus parceiros, nas relações íntimas de afeto. Não foi analisada a ocorrência da violência sofrida pela mulher, de forma mais ampla, em algum outro momento de sua vida. Essas informações certamente enriqueceriam a discussão, mas poderão ser analisadas posteriormente. Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo podem ser utilizados para o desenvolvimento de estratégias de identificação precoce da violência e de capacitação dos profissionais da saúde. Foi demonstrado que violências de vários tipos contra a mulher provocadas por parceiro íntimo estão muito presentes na sociedade, e com uma frequência importante entre as usuárias da APS do município de Ribeirão das Neves. Fatores como baixo grau de instrução, baixa renda e, conseqüentemente, dependência financeira estão diretamente associados com a ocorrência de VPPI, interferindo na saúde dessas mulheres, que,

muitas vezes, desenvolvem sintomas físicos ou psicológicos, demandando atendimentos em unidades de saúde com muita frequência, mas sem melhoria da qualidade de vida.

A violência que se estabelece no âmbito doméstico é bastante velada. Ainda há dificuldade em expor as questões mais íntimas de afeto, levando muitas vezes a um desconhecimento da gravidade da situação e, conseqüentemente, a maior dificuldade de se estabelecer políticas públicas eficazes. Daí a importância de se debater esse tema de forma ampla e buscar alternativas que possam minimizar o sofrimento de um número significativo de mulheres.

Colaboradores

Rosa DOA contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados, além de ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Ramos RCS e Gomes TMV contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho. Melo EM contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e a revisão crítica do conteúdo. Melo VH contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados, além de ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Natureza, magnitude e conseqüências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde; 2012. p. 11-17.
2. Pan American Health Organization. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Against in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: PAHO; 2012. [acesso em 2013 jun 26]. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/violence-against-women-lac.pdf>.
3. Waiselfisz JJ. Mapa da violência, 2012. Atualização: homicídios em mulheres no Brasil. Brasília, DF: FLACSO Brasil; 2012.
4. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2013; 47(2):304-11.
5. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho E. A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. Rev. Bras. Epidemiol. 2010; 13(2):23-45.

6. Kind L, Orsini MLP, Nepomuneno V, et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9):1805-15.
7. Brasil. Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*. 25 Nov 2003.
8. World Health Organization. Multi-Country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005. [acesso em 2013 jun 26]. Disponível em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf.
9. Schraiber LB, Latorre MRDO, França JR. I, etc. Validade do instrumento WHO VAWSTUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(4):658-666.
10. Gomes TMV, Rosa DOA, Tavares R, et al. Avaliação da interface dos diferentes tipos de violência provocada pelo parceiro íntimo contra a mulher. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2016; 26 (supl8):62-67
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Biblioteca. [acesso em 2015 out 27]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=254598>.
12. Osís MJD, Duarte GA, Fagundes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(2):351-358.
13. Barros C, Schraiber LB, França-Júnior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45:365-372.
14. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(4):730-737.
15. Silva MA, Falbo Neno GH, Figueiroa JN, et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(2):254-272.
16. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Júnior I, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(2):299-310.
17. Kouyoumdjian FG, Calzavara LM, Bondy SJ, et al. Risk factors for intimate partner violence in women in the Rakai Community Cohort Study, Uganda, from 2000 to 2009. *BMC Public Health*. 2013; 13:566.
18. Chimah CU, Adogu POU, Odeyemi K, et al. Comparative analysis of prevalence of intimate partner violence against women in military and civilian communities in Abuja, Nigeria. *International Journal of Women's Health* 2015; 7:287-295.
19. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, et al. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
20. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Aguir VE, et al. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health*. 2010; 33(1):15-21.
21. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(4):815-826.
22. Zaleski M, Pinskyii I, Laranjeira, et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev. Saúde Pública* 2010;44(1):53-59.
23. Heise LL, Aandreas K. Cross-national and multile-

- vel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Glob Health* 2015; 3(6):332-340.
24. Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 2002. Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health (WHO). Geneve: WHO, 2002
25. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015; 385:1567-1579.
26. Gomes NP, Erdman AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22:1.
27. Souza CS, Costa MCO, Carvalho RC, et al. Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015 mar; 18(1):80-93.

Recebido em 04/12/ 2017

Aprovado em 19/11/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações

Veiled and revealed violence against the elderly in Minas Gerais-Brazil: analysis of complaints and notifications

Regina da Cunha Rocha¹, Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes², Elizabeth Costa Dias³, Eliane Dias Gontijo⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S406

¹Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8545-0021>
regina.crocha@pbh.gov.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (PSPV) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3749-2841>
cwerneck5@gmail.com

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (PSPV) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1708-1014>
bethdias@medicina.ufmg.br

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência (PSPV) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7518-898X>
egontijo5@terra.com.br

RESUMO O estudo caracterizou a violência contra idosos, a partir de denúncias e notificações registradas no Disque Direitos Humanos e Sistema de Informação de Agravos de Notificações (Sinan) em 2011 e 2012. Ocorreram 2.337 denúncias (13%) e 1.886 notificações (5%) contra idosos. A taxa de denúncia aumentou três vezes, e a de notificação duplicou no período. Verificou-se que as vítimas, na maioria, são mulheres, agredidas no domicílio (90%) por conhecidos (90%), com predomínio (80%) da tipologia por negligência/abandono, nas duas fontes. O aprimoramento da vigilância contribui para revelar a violência em todos os seus disfarces, efetivar políticas públicas e estimular reflexão/ação da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Idosos. Vigilância epidemiológica. Notificação.

ABSTRACT *The study aims to characterize the violence against the elderly, from complaints and notifications recorded in Dial Human Rights, and Information System for Notifiable Diseases (Sinan) in 2011 and 2012. 2337 complaints (12.7%) and 1886 notifications (5.3%) against the elderly were found. The complaint rate increased 3 times and the notification rate increased 2 times in a year. It was verified that the majority of the victims were women, beaten at home (90%) by known people (90%), with predominance (80%) of typology by neglect/abandonment in both sources. The improvement of surveillance contributes to reveal the violence in all its guises, to effect public policy, and stimulate the reflection/action of society.*

KEYWORDS *Violence. Elderly. Epidemiologic surveillance. Notification.*



Introdução

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno crescente, de grande complexidade que se revela nas formas como a sociedade organiza suas relações de classe, de gênero, grupos etários e de como o poder é exercido.

O envelhecimento populacional, fenômeno que decorre da redução da fecundidade, da queda nas taxas de mortalidade e do aumento da expectativa de vida, constitui-se em um grande desafio para a saúde pública¹. Embora o aumento da longevidade e a melhoria da qualidade de vida sejam uma conquista inegável para a sociedade, a fragilidade, as modificações fisiológicas e certas patologias típicas da terceira idade tornam a pessoa idosa mais susceptível às violências², criando uma demanda maior para os serviços de saúde decorrente do aumento da morbidade, óbitos, traumas físicos e psicológicos³.

Nesse sentido, obedecendo às recomendações do Informe Mundial da Organização Mundial da Saúde – OMS (2002) sobre violência e saúde, em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva)^{3,4} – que, a partir de 2009, passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação versão net (Sinan Net) –, que tem por objetivo fornecer informações sobre violência doméstica, sexual e outros tipos de violência (psicológica/moral; financeira/econômica; tortura; tráfico de pessoas; trabalho infantil; negligência/abandono; intervenção por agente legal; autoprovocada) contra mulheres e homens de todas as idades⁵.

Os registros das fichas de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências que alimentam o Sinan Net são feitos, principalmente, pelos serviços de saúde, instituições de longa permanência para idosos, centros de referências para vítimas de violências, centros de convivências.

A violência contra idosos é um problema de importância crescente no País, mas de notificação compulsória recente. Desde 2003, o Estatuto do Idoso⁶ determina que os casos suspeitos ou

confirmados de maus-tratos contra idosos sejam obrigatoriamente comunicados. No ano de 2011, outros dispositivos legais vieram contribuir para o incremento da notificação no Brasil: a inclusão da violência na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em todos os serviços de saúde do território nacional⁷; a notificação compulsória para os serviços de saúde públicos e privados acerca da violência praticada contra idosos e a exigência da comunicação à vigilância epidemiológica. Entretanto a formalização de uma política não é capaz de fornecer garantias de proteção, pois, para a consolidação de um direito, é necessária a sua apropriação pela população. Nessa perspectiva, a violência contra idosos se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos pela sociedade, em determinadas circunstâncias, podem também ser desconstruídos e superados^{8,9}. Ademais, os significados atribuídos à violência e a identificação dos idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade influenciam nas condutas dos profissionais de saúde e da própria sociedade para informar a agressão¹⁰.

As denúncias e notificações contribuem para o conhecimento da dinâmica e dimensionamento do fenômeno¹¹. O Disque Direitos Humanos – Disque 100 se constitui em um canal de comunicação da sociedade com o Poder Público – Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos – visando à resolução de conflitos quando há suspeita de violações de direitos. O serviço de atendimento telefônico gratuito funciona 24 horas todos os dias da semana. As denúncias são analisadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis. Por sua natureza de instância de diálogo e registro de manifestações da população, o Disque 100 tem se consolidado como importante instrumento de dados estatísticos sobre violações de direitos humanos, incluindo a violência contra idosos¹². Já o Sinan Net Viva fornece informações sobre violência doméstica¹², sexual e outros tipos de violência contra mulheres e homens de todas as idades, por meio de preenchimento de fichas de notificação da violência¹³.

Apesar disso, a violência contra a pessoa idosa tem sido pouco informada, permanecendo velada no contexto de segredo ou conluio familiar¹⁴. Entre os entraves ao ato de notificar, estão: a precariedade de recursos públicos para apurar e dar alguma solução às situações denunciadas, a falta da retaguarda de uma rede de proteção, o desconhecimento do fluxo de notificação, bem como o pouco preparo técnico e emocional de profissionais para identificação dos casos¹⁵. A multiplicidade e a falta de integração das fontes de informação e as altas taxas de sub-registro são também desafios a serem superados, visando à obtenção de estimativas da ocorrência que auxiliem na vigilância e assistência para essa população.

Em que pese o rápido e acelerado envelhecimento populacional brasileiro, a escassez de informação e consequente subdimensionamento do fenômeno reforçam a importância de analisar e divulgar o perfil da violência contra idosos, identificado a partir de denúncias e/ou notificações em diferentes estados e municípios brasileiros. Nesse sentido, este estudo buscou descrever as denúncias captadas pelo Disque Direitos Humanos e as notificações de violência registradas no Sinan Net, no estado de Minas Gerais, nos anos de 2011 e 2012.

Métodos

Estudo descritivo de abrangência estadual, realizado com dados obtidos no Sistema Nacional do Disque Direitos Humanos – Disque 100 e no Sinan Net de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos, registrados no período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2012, em Minas Gerais.

As denúncias e notificações foram analisadas segundo a tipologia da violência (física, psicológica/moral, negligência/abandono, sexual, financeiro/econômica, autoprovocada); características sociodemográficas da vítima (sexo, idade, cor); características do agressor (relação de parentesco com a vítima) e local de ocorrência.

Na análise dos dados do Disque 100, foi feita distribuição de frequências e cálculo de taxas das variáveis relacionadas com o sexo das vítimas, tipologias das violências, relação com agressor e local de ocorrência.

A análise do Sinan incluiu distribuição da frequência das notificações por tipos, isoladamente e associados, segundo as mesorregiões de Minas Gerais. Para comparar a distribuição do tipo de violência, da relação da vítima com o agressor, cor e local de ocorrência entre sexo e faixa etária (60 a 69, 70 a 79, 80 anos ou mais), foi realizado o teste Qui-Quadrado ou teste Exato de Fisher.

A associação entre características da vítima e do agressor e os tipos de notificação de violência mais frequentes foi calculada por meio das razões de chances e seus respectivos intervalos de confiança. As variáveis que se mantiveram com nível de significância $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de Regressão Logística. O nível de significância adotado no trabalho foi de 5%. As notificações das violências contra idosos foram analisadas pelo programa SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultados

O estudo caracterizou a violência contra idosos em Minas Gerais, a partir de denúncias e notificações registradas no Disque 100 e Sinan em 2011 e 2012. Verificou-se 2.337 denúncias (12,7%) e 1.886 notificações (5,3%) contra idosos, representado aumento de 75% no número total de denúncias de violência, sendo 180% de idosos. As notificações ao Sinan aumentaram em 59%, passando de aproximadamente 14 mil para 22 mil. Em 2012, a violação de direitos dos idosos representou 16% do total de denúncias e 6% de todas as notificações.

Análise das denúncias

No período investigado, a taxa de denúncias passou de 26 por cem mil idosos em 2011, para

70 por cem mil idosos em 2012, representando incremento de 2,7 vezes em um ano. Em cerca de 70% dos casos denunciados, as vítimas são mulheres, a quase totalidade das agressões (90%) ocorreu no domicílio, cometidas pelo(a) filho(a) em 66,5% das denúncias feitas em 2011 e 51,2% daquelas captadas pelo Disque 100, no ano de 2012. Apenas 10% das agressões foram cometidas por desconhecidos.

Em relação à tipologia, predominam a negligência/abandono, seguida da violência psicológica/moral e financeira/econômica, que juntas responderam por cerca de 80% das agressões denunciadas. A negligência/abandono vem aumentando e, em 2012, passou a representar mais de um terço das denúncias (tabela 1).

Tabela 1. Denúncias de violências contra idosos por sexo, tipologia, local de ocorrência e relação com agressor taxas (100.000). Minas Gerais, 2011-2012

Categorias	Variáveis	Ano 2011			Ano 2012		
		N	%	Taxa por 100.000	N	%	Taxa por 100.000
Total de idosos vitimizadas/ano	60 anos e mais	614		26	1.723		70
Sexo: total de registros/ano	Feminino	628	69,2	48	1.952	67,3	144
	Masculino	279	30,8	26	950	32,7	86
	Total	907			2.902		
Tipo de violência	Física	283	20,2	12	584	16,7	24
	Psico/moral	390	27,9	16	1.058	30,2	43
	Sexual	10	0,7	-	25	0,7	1
	Financeira/econômica	318	22,7	13	642	18,3	26
	Negligência/abandono	358	25,6	15	1.118	31,9	45
	Outra	39	2,8	2	74	2,1	3
Total	1.398			3.501			
Local de ocorrência	Residência	854	90,6	36	2.787	89,7	113
	Via pública	25	2,7	1	90	2,9	4
	Outros	23	2,4	1	182	5,9	7
	Habitação coletiva	40	4,2	2	47	1,5	2
	Escola	1	0,1	-	0	0,0	0
Total	943			3.106			
Relação / vínculo agressor	Filho(a)	467	66,5	2	1.465	51,2	59
	Outros vínculos	45	6,4	2	804	28,1	33
	Própria pessoa	2	0,3	-	4	0,1	0
	Desconhecido(a)	75	10,7	3	287	10,0	12
	Cônjuge	20	2,8	1	87	3,0	4
	Amigo/conhecido	10	1,4	-	17	0,6	1

Tabela 1. (cont.)

Relação / vínculo agressor	Cuidador(a)	36	5,1	2	58	2,0	2
	Irmão(ã)	29	4,1	1	87	3,0	4
	Ex-cônjuge	5	0,7	-	11	0,4	0
	Mãe	3	0,4	-	23	0,8	1
	Namorado(a)	0	0,0	-	4	0,1	0
	Pai	5	0,7	-	7	0,2	0
	Patrão/chefe	5	0,7	-	6	0,2	0
	Total	702			2.860		

Fonte: SDH, 2013¹².

Análise das notificações

A taxa de notificação passou de 25 por cem mil idosos em 2011 para 52 por cem mil idosos em 2012, representando aumento de 2,1 vezes em um ano.

A análise das notificações revela que quase um terço dos idosos (27%) foram vítimas de mais

de um tipo de violência. Predominou a violência física que vitimou 77,5% dos idosos, sendo notificada isoladamente (55,5%) ou associada a outras violências (22,0%). Destaca-se a associação da violência física com a psicológica em 13,5%, seguida da negligência em 5,9% e da psicológica em 4,9% das notificações (tabela 2).

As violências físicas, torturas e

Tabela 2. Variáveis notificadas - tipologia, relação com agressor, raça/cor, local de ocorrência - por sexo e faixa etária. Minas Gerais, 2011-2012

Categoria	Variável	Sexo						Faixa Etária					
		Feminino		Masculino		p	60 a 69		70 a 79		≥ 80		p
		%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	
Tipologia	Física	731	75,8	702	87,9		855	86,5	412	80,6	166	62,90	0,00
	Psicológica	362	39,8	155	21,7	0,00	279	31,3	140	29,0	98	39,40	0,02
	Tortura	34	3,8	44	6,2	0,03	35	4,0	32	6,7	11	4,50	0,08
	Sexual	54	6,1	2	0,3	0,00	29	3,3	14	3,0	13	5,30	0,23
	Financeira	67	7,5	36	5,1	0,05	44	5,0	28	5,8	31	12,80	0,00
	Negligência	126	13,8	75	10,5	0,04	33	3,7	82	16,7	86	34,10	0,00
	Autoprovocada	111	12,7	115	16,9	0,02	151	17,5	60	13,1	15	6,40	0,00
	Outras	52	5,8	41	5,7	0,97	66	7,3	19	4,0	8	3,30	0,01
Relação com o agressor	Pai \ Padrasto	5	0,6	11	1,9	0,03	7	0,9	3	0,7	6	2,8	0,07
	Mãe	20	2,6	1	0,2	0,00	10	1,4	7	1,7	4	1,9	0,72
	Cônjuge \ Ex	155	19,4	68	11,6	0,00	157	20,6	41	10,0	25	11,7	0,00

Tabela 2. (cont.)

Relação com o agressor	Namorado(a)	17	2,2	7	1,2	0,18	18	2,5	4	1,0	2	1,0	0,15
	Filho	251	31,1	132	22,1	0,00	167	21,9	129	30,6	87	39,5	0,00
	Desconhecido	78	10,0	133	22,5	0,00	114	15,2	66	16,1	31	14,6	0,88
	Irmão	28	3,6	22	3,9	0,83	32	4,4	14	3,5	4	1,9	0,23
	Conhecido	104	13,3	113	19,3	0,00	137	18,3	57	14,0	23	10,8	0,02
	Cuidador	18	2,3	12	2,1	0,80	4	0,5	14	3,5	12	5,7	0,00
	Institucional	10	1,3	4	0,7	0,42	7	1,0	4	1,0	3	1,4	0,71
	Policial	3	0,4	6	1,1	0,18	5	0,7	2	0,5	2	1,0	0,81
	Própria Pessoa	77	9,8	83	14,4	0,01	109	14,5	41	10,1	10	4,8	0,00
	Outros	161	20,7	86	15,2	0,01	108	14,7	91	22,8	48	23,3	0,00
Raça/cor	Amarela \ Indígena	14	1,6	12	1,7	0,99	13	1,5%	12	2,6	1	0,4	0,10*
	Preta \ Parda	378	43,1	289	41,6	0,61	388	44,5	188	40,6	91	38,2	0,14
	Branca	486	55,4	393	56,6	0,65	470	54,0	263	56,8	146	61,3	0,11
Local de ocorrência	Habituação Coletiva	8	0,9	6	1,0	1,00	2	0,2	7	1,5	5	2,0	0,00a
	Residência	767	84,5	473	70,5	0,00	641	74,7	382	81,8	217	85,4	0,00
	Via Pública	93	10,2	120	17,9	0,00	141	16,4	52	11,1	20	7,9	0,00
	Outros	40	4,4	72	10,7	0,00	74	8,6	26	5,6	12	4,7	0,03

Fonte: Sinan-2013¹³.

*Total acima de 100% pois a análise é de eventos e não de notificações - vários eventos podem ocorrer na mesma notificação/idoso.

autoprovocadas mostraram-se associadas ao sexo masculino, enquanto as violências psicológicas e sexuais, financeiras (valor-p=0,05) e negligências predominam no sexo feminino. A violência física e a negligência ocorreram mais em idosos entre 60 e 79 anos; enquanto a violência psicológica e a financeira, naqueles com idade igual ou superior a 80 anos.

Em relação ao vínculo com o agressor, mulheres foram mais agredidas por familiares ou conhecidos, enquanto os homens foram vitimados por desconhecido. Idosos acima de 70 anos sofreram mais violências cometidas pelos filhos. A proporção de idosos agredidos por um cuidador foi maior naqueles com mais de 80 anos se comparado aos idosos na faixa dos 60-79 anos. Não se observa associação

em relação à cor da vítima e sua faixa etária. Quanto ao local da agressão, a residência e a habitação coletiva foram mais frequentes em idosos com mais de 70 anos. Na faixa etária de 60-69 anos, foi maior a proporção de idosos vitimizados em via pública.

A violência física foi preponderante no idoso do sexo masculino (OR=2,3 IC95% 1,78-2,99) e na faixa de 60-69 anos (OR=3,8 IC95% 2,79-5,17). A violência física tem maior chance de ocorrer fora do domicílio (OR=2,94 IC95% 1,98-4,35) e de ser cometida por agressor, sem vínculo familiar (OR=1,61 IC95% 1,22-2,12), mas após consumo de bebida alcoólica (OR=1,64 IC95% 1,19- 2,27). Verificou-se chance três vezes maior de violência episódica do que violência de repetição (OR=2,96).

Tabela 3. Comparação dos tipos de violência segundo sexo, faixa etária, ocorrência em domicílio, agressão pelos filhos, consumo de bebida pelo agressor e caráter de repetição. Minas Gerais, 2011-2012

Variáveis	Física				Psicológica				Negligência			
	N	%	O.R	IC-95%	N	%	O.R	IC-95%	N	%	O.R	IC-95%
Sexo												
Feminino	731	75	1	-	362	39,8	1	-	126	13,80	1	-
Masculino	702	87,9	2,31	(1,78; 2,99)	155	21,7	0,42	(0,34; 0,52)	75	10,50	0,73	(0,54; 0,99)
Faixa etária												
80 anos ou mais	166	62,9	1	-	98	39,4	1	-	86	34,1	1	-
60 a 69 anos	855	86,5	3,8	(2,79; 5,17)	279	31,3	0,7	(0,53; 0,94)	33	3,7	0,08	(0,05; 0,12)
70 a 79 anos	412	80,6	2,46	(1,76; 3,43)	140	29	0,63	(0,46; 0,87)	82	16,7	0,39	(0,27; 0,55)
Ocorrência em domicílio												
Sim	896	76,8	1	-	415	37,9	1	-	167	15,3	1	-
Não	301	90,7	2,4	(1,98; 4,35)	75	25,3	0,56	(0,43; 0,74)	16	5,4	0,31	(0,17; 0,53)
Agressão pelos filhos												
Sim	266	72,7	1	-	148	43,3	1	-	81	23,5	1	-
Não	820	81	1,61	(1,22; 2,012)	306	30,5	0,58	(1,09; 0,74)	71	7,1	0,25	(0,17; 0,35)
Agressor consumiu bebida alcoólica												
Não	458	79,2	1	-	176	32,6	1	-	69	12,8	1	-
Sim	426	86,2	1,64	(1,19; 2,27)	183	40,6	1,41	(1,09; 1,83)	29	6,5	0,47	(0,30; 0,75)
Violência de repetição												
Sim	421	71,8	1	-	276	49,9	1	-	121	22,2	1	-
Não	597	88,3	2,96	(2,20; 3,98)	148	23,8	0,31	(0,24; 0,40)	17	2,8	0,1	(0,06; 0,17)
Variáveis												
Variáveis	Sexual				Financeira				Autoprovocada			
	N	%	O.R	IC-95%	N	%	O.R	IC-95%	N	%	O.R	IC-95%
Sexo												
Feminino	54	6,1	1	-	67	7,5	1	-	111	12,7	1	-
Masculino	2	0,3	0,04	(0,01; 0,018)	36	5,1	0,66	(0,44; 1,00)	115	16,9	1,4	(1,06; 1,86)
Faixa etária												
80 anos ou mais	13	5,3	1	-	31	12,8	1	-	15	6,4	1	-
60 a 69 anos	29	3,3	0,61	(0,31; 1,19)	44	5	0,36	(0,22; 0,58)	151	17,5	3,1	(1,79; 5,38)
70 a 79 anos	14	3	0,54	(0,25; 1,17)	28	5,8	0,43	(0,25; 0,73)	60	13,1	2,2	(1,22; 3,96)
Ocorrência em domicílio												
Sim	39	3,7	1	-	89	8,3	1	-	182	16,6	1	-
Não	12	4	1,11	(0,57; 2,15)	10	3,4	0,39	(0,20; 0,75)	23	7,7	0,42	(0,27; 0,66)

Tabela 3. (cont.)

Agressão pelos filhos													
Sim	2	0,6	1	-	38	11,2	1	-	9	2,8	1	-	-
Não	45	4,5	7,81	(1,88; 32,35)	51	5,1	0,42	(0,27; 0,66)	175	19,1	8,25	(4,17; 16,33)	-
Agressor consumiu bebida alcoólica													
Não	16	3	1	-	33	6,2	1	-	116	21,7	1	-	-
Sim	15	3,4	1,13	(0,55; 2,31)	25	5,6	0,91	(0,53; 1,55)	44	9,8	0,39	(0,27; 0,57)	-
Violência de repetição													
Sim	10	1,9	1	-	62	11,6	1	-	49	8,9	1	-	-
Não	38	6,1	3,38	(1,67; 6,84)	23	3,7	0,29	(0,18; 0,48)	116	18	2,25	(1,58; 3,21)	-

Fonte: Sinan, 2013¹³.

Em relação à violência psicológica, verifica-se que a chance de um idoso do sexo masculino sofrer esse tipo de agressão é menor (OR=0,42 IC95% 0,34-0,52). Esse tipo de violência é mais frequente entre idosos com mais de 80 anos. Quanto ao local de ocorrência, a chance foi maior no domicílio. O agressor, em geral, é o(a) filho(a); e o consumo de bebida alcoólica aumentou a chance de violência (OR=1,41 IC95% 1,09-1,83). Nessa tipologia, a repetição do ato violento ocorreu três vezes mais do que o evento isolado.

Idosas foram mais negligenciadas, com gradiente positivo com o aumento da idade. Esse tipo de violência aconteceu de modo repetido, no domicílio, tendo como agressor o(a) filho(a) da vítima, porém o consumo de bebida alcoólica mostra-se negativamente associado à negligência (OR=0,47 IC95% 0,30-0,75).

Quanto à violência financeira, não se evidenciou diferença entre os sexos, mas o sexo masculino tendeu a ser menos afetado. Os mais velhos foram mais vulneráveis quando comparados aos idosos na faixa de 60-69 anos.

A chance foi maior no domicílio; os agressores mais frequentes foram os filhos da vítima e esse tipo de violência tendeu a se repetir.

A violência autoprovocada teve distribuição semelhante em homens e mulheres, diminuindo entre aqueles com 80 anos ou mais. Predominou no domicílio, sem a ajuda de terceiros. A chance de um idoso sofrer esse tipo de violência é maior quando ocorre de forma isolada (OR=2,25), sem repetição.

Na violência física, permaneceram positivamente associadas no modelo logístico: a vítima ser do sexo masculino, na faixa etária entre 60 a 69 anos, o agressor ter consumido bebida alcoólica e a agressão fora do domicílio. O homem idoso tem o dobro de chance de ter violação física. O idoso entre 60-69 anos tem chance 68% maior de ser agredido quando comparado àquele com mais de 70 anos. Esse tipo de violência ocorre três vezes mais fora do domicílio. O consumo de bebida alcoólica pelo agressor duplica a chance de violência. O modelo mostrou-se ajustado ($p=0,409$) e explicou cerca de 12% da agressão física ao idoso.

Tabela 4. Modelo logístico final para violência física. Minas Gerais, 2011-2012

Variáveis	Modelo final		
	Valor-p	O.R	I.C. - 95%
Sexo masculino	0,002	1,83	[1,25; 2,69]
Idade 60 a 69 anos	0,000	2,28	[1,45; 3,61]
Domicílio = Não	0,003	2,64	[1,40; 4,99]
Consumo de álcool pelo agressor	0,000	2,05	[1,42; 2,97]

Nota: Hosmer-Lemeshow p:0,409.

Discussão

A violência contra a pessoa idosa apresenta grande complexidade e faz parte da violência social, expressando-se nas formas como a sociedade organiza suas relações de classe, de gênero, grupos etários, da construção da percepção da violência pelos significados atribuídos aos fatos que são reconhecidos como problemas¹¹.

Com o envelhecimento populacional, o reconhecimento dos idosos como sujeitos de direitos específicos vem ganhando visibilidade pelo estabelecimento de políticas públicas e de legislações para atender às demandas da terceira idade.

O Estatuto do Idoso prevê que os casos de suspeita ou confirmação de violência contra os idosos sejam objeto de notificação compulsória⁶, com a inclusão da violência na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todos os serviços de saúde⁷ e a ampliação do número de órgãos a serem oficiados. Entre os outros fatores que contribuíram para o aumento dos registros, podem-se incluir a extensão do conceito de maus-tratos para o termo violência, o anonimato da denúncia e a facilidade de ser feita por ligação telefônica¹⁶.

A introdução do Módulo Idoso do Disque 100 representou importante avanço na captação de denúncias. No entanto, é importante reconhecer que a existência de inconsistências desse banco de abrangência nacional impede análise mais aprofundada dos dados, inclusive com agregação da idade em 60 anos ou mais,

o que não considera a heterogeneidade das situações que envolvem idosos vulneráveis nas diversas faixas etárias¹⁷.

A imprecisão das informações, o sub-registro e a falta de integração entre os bancos de dados contribuem para o velamento da violência contra a pessoa idosa. A desvalorização dos registros nas instituições públicas imprime a esse segmento da população mais um tipo de violência, a violência institucional¹⁸, além de desestimular a denúncia/notificação. Assim, o enfrentamento da violência resta prejudicado por falhas do próprio sistema de defesa e proteção de direitos da pessoa idosa, refletindo o descaso dos serviços, bem como a escassez e a descontinuidade das políticas públicas propostas para a pessoa idosa no Brasil.

O desconhecimento e o descaso para com várias formas de manifestação de violência contra a pessoa idosa, visíveis e invisíveis, insidiosas e silenciosas, entre elas, os abusos físicos, psicológico, sexual, abandono, negligência, abusos financeiros, autonegligência e violência autoinfligida com as quais a sociedade convive, resultam de múltiplos fatores. Os maus-tratos podem se expressar, também¹⁹, pela desconsideração, alienação das decisões e infantilização do idoso. O choque de gerações faz com que os mais jovens considerem a velhice como 'decadência'; e os idosos, 'descartáveis'^{20,21}. A dificuldade ou opção do idoso de não expor as mazelas familiares pelo silêncio conta com a cumplicidade dos familiares^{5,14}, especialmente no contexto de envelhecimento

populacional acelerado, marcado pela desigualdade social, como no Brasil¹⁸.

As denúncias e notificações registradas no Disque 100 e no Sinan Net representam apenas algumas das muitas formas de maus-tratos que o idoso vivencia, tornando-os públicos. A notificação parte de uma decisão local, baseada na capacidade de atuação e resposta de cada município, sendo que a implantação da vigilância desse agravo também se dá de maneira heterogênea. Dada a variabilidade de serviços e estruturas existentes para o enfrentamento da violência contra idoso, não convém categorizar algumas regiões com maior número de casos notificados como as mais violentas; pois tal classificação pode ser fruto da melhor vigilância e da percepção sobre determinado evento. Muito provavelmente, o total de denúncias de casos de violência contra a pessoa idosa perante outros segmentos deve estar subestimado, o que pode ser atribuído aos significados e percepção da sociedade em relação aos idosos em situação de vulnerabilidade, variando de acordo com a cultura local nos diversos municípios e mesorregiões do estado¹⁸, bem como pelo desconhecimento sobre o fluxo de denúncia ou da pouca disponibilidade dos idosos para denunciar.

Os arranjos familiares e o lugar do idoso nessa família são influenciados por fatores demográficos e socioeconômicos e devem ser analisados nas situações de violência doméstica perpetrada contra a pessoa idosa. Em Minas Gerais, dados da Pesquisa por Amostras de Domicílios¹⁸ mostraram que 45,5% dos idosos moravam em domicílios com outro adulto; 21,1% residiam com outro idoso; 17,2% com adulto ou criança e apenas 14,6% dos idosos moravam sozinhos. O contingente de mulheres longevas que moram no domicílio com filhos ou genros/noras foi de 24,1%, quase o triplo do observado entre as idosas de 60 a 79 anos (6,9%). Esses dados apontam ser frequente a coabitação de mais de uma geração, o que pode favorecer o conflito, além do cuidado.

Segundo a mesma pesquisa¹⁸, quase a totalidade das pessoas idosas (88,7%) era o chefe do

domicílio (65,9%), sendo 80% homens. Apenas entre idosas de 80 anos ou mais a proporção de chefes é maior (57,8%), refletindo, possivelmente, maior viuvez feminina. O rendimento médio mensal dos idosos é semelhante ao dos não idosos, entretanto, quando somados os rendimentos médios provenientes de todas as atividades laborais, a renda da pessoa idosa supera a dos mais jovens, independentemente do gênero. Além disso, observou-se que 84,9% dos indivíduos idosos habitam em domicílios próprios e já pagos.

Assim, embora a condição da pessoa idosa seja favorável, a despeito de ser chefe de família, de ter rendimento maior que os mais jovens, de ser o dono da residência, ela tem o seu direito violado e não denuncia o agressor por medo de perder o vínculo afetivo, quando o algoz é membro da família. As denúncias e notificações contabilizadas nos dois sistemas investigados confirmam a maior vulnerabilidade da população idosa do sexo feminino, indicando uma possível violência de gênero, que continua no envelhecimento. Todavia, há diferenças: nas notificações, as violências físicas, tortura e as autoprovocadas são mais significativas no sexo masculino, fato corroborado pelo estudo sobre notificações de violência contra idosos no Brasil⁵. Nas denúncias e notificações, o local de ocorrência com maior número de eventos é o domicílio; o filho é o principal agressor; e o consumo de álcool pelo agressor aparece como importante fator de risco em relação às situações de violência contra a pessoa idosa. A relação entre álcool e violência está amplamente demonstrada, e frequentemente associada a violências física, psicológica e negligência¹⁶.

As situações caracterizadas como violência no interior da família podem se apresentar combinadas com a omissão do Estado, no seu dever constitucional de amparo ao idoso, sendo difícil distinguir quando começa uma e quando termina outra. Como decorrência, aparece a criminalização isolada do familiar que agride ou negligencia, porém desvinculada de uma política social sistemática, reveladora da falta

de comprometimento do poder público com a velhice fragilizada.

Em 2012, em Minas Gerais, o total das denúncias de violência contra pessoas idosas por ordem decrescente foi: negligência/abandono, psicológica/moral, financeira/econômica e física. Contudo, nas notificações realizadas nos serviços de saúde, a violência física é a mais prevalente, seguida da psicológica e da negligência, possivelmente pelo fato de a violência física ser o tipo mais fácil de ser detectado pelos profissionais¹⁶.

No mesmo ano, observa-se o incremento das lesões autoprovocadas que, contrariando o senso comum, afetam mais os homens no início de sua velhice. Essa tentativa de uma morte autoinfligida revela que, no percurso do ciclo vital, o envelhecimento e a doença fragilizam o modelo de masculinidade predominante, enquanto outros adultos vão assumindo funções de mando na sociedade e na família²². Tradicionalmente, dentro da divisão sexual do trabalho e das competências, a casa é o espaço feminino ou feminilizante, por isso o homem aposentado sofre ao ter de se limitar ao espaço da casa. Para os homens idosos, o principal fator associado ao suicídio é a perda de status que o trabalho ou o emprego confere, gerando uma sensação de ausência de lugar social. Assim, para Minayo, Meneghel e Cavalcant²², as tentativas de suicídio podem ser uma forma de a pessoa idosa encerrar seu sofrimento interior, considerando que diante das limitações do envelhecimento o idoso que valoriza sua independência e individualidade reluta perder sua autonomia e depender de familiares e/ou cuidadores, resultando em autoinfligir uma agressão⁹.

A violência contra a pessoa idosa apresenta grande complexidade em sua gênese; dessa forma, conhecer sua distribuição e fatores associados torna-se útil nos processos de promoção e prevenção da sua ocorrência. O aspecto que deveria ser considerado crucial para enfrentar o problema é a efetivação de uma política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência, marcada

pela ação combinada da família e do poder público²³. Para que isso ocorra, é necessário fortalecer a rede de cuidados e os processos de captação de denúncias e notificações; harmonizar as informações e garantir agilidade na divulgação das informações, visando à proteção das vítimas.

Diferentemente de décadas atrás, hoje o envelhecimento é parte da agenda política internacional e nacional, mas ainda é necessário avançar muito nas políticas públicas. No Brasil, mais de 95% dos idosos residem com as famílias ou em suas próprias casas; assim, é preciso investir na redução da violência intrafamiliar, em especial, no que se refere à negligência, maior índice de violência detectado. O espaço familiar, portanto, merece ser priorizado, visto que, muitas vezes, a família não sabe, não pode ou não quer cuidar de seus idosos. A opção de criminalizar a negligência e o abandono familiar não resolve a falta de estruturas de apoio para cuidar dos velhos com dependência. Dessa maneira, o Estado viola os direitos dos idosos ao abandonar a família que realmente não tem como lidar com tal dependência, especialmente aquelas de baixa renda²⁴.

Para muitos idosos, a discriminação, marginalização e/ou exclusão dentro da própria casa ainda são motivo de silêncio, permanecendo a situação velada no conluio familiar. O medo de denunciar envolve subjetividade, o imaginário, a precaução, o retraimento e a defesa. Intervir nessa forma de violência implica trabalhar as relações e denunciar a quebra de respeito e de proteção. No entanto, relatar esse evento traz, muitas vezes, um constrangimento público, revelando casos tão complexos de vulnerabilidades sociais e clínicas, que mesmo o trabalho intersetorial e interdisciplinar torna-se ineficaz ante a morosidade dos encaminhamentos nos órgãos públicos e a falta de uma rede de apoio social para esses idosos e essas famílias.

A escassez de recursos públicos para o cuidado da população idosa pode ser aferida pelo reduzido número de programas e suporte para as famílias que cuidam de pessoas idosas

frágeis. Na maioria das vezes, mesmo com dificuldades econômicas e emocionais, os familiares são culpabilizados por não conseguirem cuidar adequadamente de seus idosos²⁴.

Como limitação do estudo, destaca-se a análise de dados secundários com sub-registros e inconsistências. Apesar do incremento de notificações e de denúncias nos dois anos analisados, ainda existem muitas incompletudes das variáveis, restringindo as análises de ocorrência segundo perfil socioeconômico e demográfico da população.

A comunicação da violência, na forma de denúncia ou de notificação, exigida em lei, deveria se constituir em uma medida que permitisse articulação e disponibilização de recursos públicos para promoção de ações e reconstrução de relações afetivas. No entanto, às vezes, a informação se limita aos aspectos

burocráticos, ficando os casos notificados sem encaminhamentos. Urge fortalecer o sistema Viva e propiciar a interação dos diversos programas e setores – Assistência Social, Segurança Pública, Educação, Cidadania –, buscando construir fluxos e processos comuns de trabalho mais efetivos na defesa e proteção das pessoas idosas.

Romper o silêncio e revelar a violência em suas várias facetas, além de garantir estrutura para atender às solicitações denunciadas, torna-se fundamental. Conscientizar o idoso, a família, a sociedade e o poder público sobre a importância do resgate da cidadania da pessoa idosa sinaliza que, além da oportunidade dada a todos de viver mais, deve-se assegurar ao idoso o direito de viver melhor, com qualidade e dignidade. ■

Referências

1. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):700-701.
2. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):783-791.
3. Moraes CL, Apratto Júnior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(10):2289-2300.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Dep. de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF: MS; 2010.
5. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde Brasil, 2010. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(9):2331-2341.
6. Brasil. Lei nº 10.741. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União*. 3 Out 2003.
7. Brasil. Portaria nº 104. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI2005), a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo território nacional, de 25 de janeiro de 2011. *Diário Oficial da União*. 26 Jan 2011.
8. Faleiros VP, Rapozo JMT. Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. *Textos e Contextos*. 2011 ago-dez; 10(2):356-370.
9. Wanderbroocke ACNS, Moré CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(8):2095-2103.
10. Resende JP, Andrade MV. Crime Social, Castigo Social: Desigualdade de renda e taxas de criminalidade nos municípios Brasileiros. *Est. Econ*. 2011; 41(1):173-195.
11. Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(2):301-306.
12. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Balanço 2012. Disque 100, Disque Direitos Humanos. Brasília, DF; 2013. [acesso em dezembro de 2013]. Disponível em: www.mpap.mp.br/imagens/infancia/Disque_100_RELATÓRIO_FINAL.pdf.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
14. Faleiros VP, Loureiro AML, Penso MA. O conluio do Silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. São Paulo: Roca; 2009.
15. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3):472-477.
16. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncias. Texto para Discussão 1200-IPEA; 2006 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1200.pdf.
17. Cavalcanti MLT, Souza ER. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(6):2699-2708.
18. Boletim Pad-MG. Perfil da população idosa de Minas Gerais. *Boletim PAD-MG*. 2014; 3(6):1-85.

19. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(supl2):777-785.
20. Motta AB. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 37-50. (Antropologia & Saúde Collection).
21. Debert GG. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP, 1999.
22. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(10):2665-2674.
23. Lemos CES. Entre o Estado, as famílias e o mercado. *Revista Sinais Sociais.* 2013; 8(22):9-86.
24. Giacomini KC, Couto EC. O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. *Rev. Kairós.* 2013; 16(2):141-160.

Recebido em 06/08/2018

Aprovado em 25/11/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepções dos adolescentes sobre a violência em um assentamento rural: uma análise qualitativa

Adolescents' perceptions of violence in a rural settlement: a qualitative analysis

Angela Moreira¹, Gisele Marcolino Saporetti², Helian Nunes de Oliveira³, Ricardo Tavares⁴, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro⁵

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1673-1794>
gel_mor@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4238-4394>
giselesaporetti@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social (MPS) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1635-5175>
heliannunes@gmail.com

⁴Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop), Departamento de Estatística (DEEST) – Ouro Preto (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9060-0477>
tavares@ufop.edu.br

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social (MPS) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1287-63>
tarcisiommp@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-110420185407

RESUMO O objetivo deste artigo foi analisar as percepções de adolescentes de uma escola localizada em um assentamento rural, no município de Alto Paraíso de Goiás, em relação à violência. Realizou-se estudo qualitativo, utilizando-se entrevistas semiestruturadas. A sistematização e a interpretação dos dados foram realizadas pela análise de conteúdo definida por Bardin. Os adolescentes pesquisados relataram variadas formas de violência, por diversas causas, exercidas por diferentes atores, em diversos locais e acometendo todas as faixas etárias. Conclui-se que a escola e a família são fontes privilegiadas de mediações de conflitos, possibilitando uma atuação ampla no campo da prevenção da violência.

PALAVRAS-CHAVE Percepção. Adolescente. Violência. Escola. Assentamentos rurais.

ABSTRACT *The aim of this article was to analyse the perceptions of the adolescents, in a school located in a rural settlement, in the municipality of Alto Paraíso de Goiás, regarding violence. A qualitative study was carried out, using a semi-structured interview. The systematization and interpretation of the data were performed by the content analysis defined by Bardin. The adolescents surveyed identified several forms of violence, carried out by different actors, in different places, that affects all age groups, and has several causes. It is concluded that school and family are privileged sources of conflict mediation, making possible a broad action in the field of violence prevention.*

KEYWORDS Perception. Adolescent. Violence. School. Rural settlements.



Introdução

A violência é um fenômeno social que exige políticas públicas para o seu enfrentamento. É considerada uma das grandes causas de mortalidade no mundo. O aumento mundial de casos de violência em indivíduos de todas as idades e sexos foi um fator contributivo para a evolução do próprio conceito de violência¹.

A Organização Pan-Americana da Saúde entende que a violência é um acontecimento sócio-histórico que acompanha as experiências e as relações humanas. Destaca que ela é uma questão de saúde pública, que afeta o indivíduo e a coletividade, e que exige a articulação de políticas públicas e a organização de serviços específicos que desenvolvam ações de cuidados para a sua prevenção, tratamento e vigilância².

Para Minayo³, a violência é um fenômeno social e de saúde pública que tem chamado a atenção de especialistas, teóricos e do próprio poder público.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, conceitua a violência como

o uso intencional da 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 tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁴⁽⁵⁾.

Dados epidemiológicos comprovam que a violência afeta de forma direta e indireta a saúde da população mundial, causando aumento do número de mortes por homicídios e suicídios. Segundo a OMS¹, registram-se anualmente, no mundo, mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas – autodirecionada, interpessoal e coletiva –, o que corresponde a 2,5% da mortalidade geral.

A violência autoinfligida engloba os casos relacionados com suicídios (suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio) e

com autoabusos (agressões a si próprio e as automutilações); a violência interpessoal contempla a violência da família e do parceiro íntimo (agressões contra crianças, mulher ou homem e idosos); a violência comunitária ocorre na esfera social, entre conhecidos e desconhecidos, por meio de agressões físicas, estupros, entre outras; e a violência coletiva sucede nos círculos sociais, políticos e econômicos e caracteriza a dominação de grupos e do Estado. O Ministério da Saúde acrescenta aos tipos de violência: a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e perpetuam a fome, a miséria e as desigualdades sociais; a violência de gênero e a de etnia.

Além das formas, as ações de violência são categorizadas de acordo com a sua natureza, que pode ser de ordem física, psicológica, sexual e as que dizem respeito ao abandono, negligência ou privação de cuidados^{2,4}.

Especificamente em relação aos adolescentes, a violência configura-se como um grande desafio de saúde pública no Brasil. As mortes de crianças e adolescentes por causas externas – acidentes e homicídios – têm aumentado nas últimas décadas: em 1980, representavam 6,7% do total de óbitos na faixa de 0 a 19 anos de idade, em 2013, a participação elevou-se para 29%. Entre 1980 e 2012, morreram, no País, 880.386 pessoas devido a disparos de armas de fogo, sendo que, dessas vítimas, 497.570 (56,6%) eram jovens na faixa de 15 a 29 anos de idade⁵.

O Relatório das Nações Unidas sobre a Violência contra Adolescentes⁶ afirma que a violência contra adolescentes está presente em todos os países, em diversas culturas, classes sociais, níveis de escolaridade, faixas de renda e origens étnicas.

O Ministério da Saúde, no documento ‘Impacto da violência na saúde dos adolescentes’, evidencia que a violência pode gerar problemas de diversas ordens, como sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos durante toda a vida, podendo levar a outros prejuízos comportamentais à saúde².

Dessa forma, este artigo tem por objetivo

descrever e analisar as percepções de adolescentes residentes em um assentamento rural em relação à violência e as possibilidades de seu enfrentamento.

Métodos

Trata-se de estudo qualitativo descritivo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com adolescentes de 10 a 19 anos, de uma escola rural filantrópica de direito privado, localizada no Assentamento Sílvia Rodrigues (ASR) no município de Alto Paraíso de Goiás, em Goiás. O ASR, onde residem 119 famílias totalizando 449 pessoas, foi criado pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) em 2004.

Foi realizada uma amostragem intencional não probabilística e por saturação. O estudo contou com a participação de 19 adolescentes. Foram elegíveis aqueles que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), juntamente com os pais ou responsáveis; bem como o Termo de Assentimento, que foi assinado pelos participantes após todos os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e dos procedimentos de pesquisa. A coleta foi realizada em dezembro de 2016, por meio de entrevistas individuais, gravadas, em uma sala privada na escola. Foi assegurado o anonimato dos alunos participantes das entrevistas.

As entrevistas foram conduzidas pelas seguintes questões norteadoras: 1. O que você entende por violência? 2. Por que existe violência? 3. Existe violência onde você mora? Quais os tipos mais frequentes? 4. A violência incomoda você? Qual o tipo de violência que mais o incomoda? 5. Você já sofreu algum tipo de violência? Qual? Como foi? 6. A violência já o impediu de fazer alguma coisa? 7. Você já praticou alguma violência? Descreva. 8. Você acha que é possível vencer a violência? Como? e 9. Gostaria de acrescentar algo mais?.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁷.

Este artigo é resultado da dissertação de mestrado intitulada ‘Percepções dos adolescentes sobre a violência em um assentamento rural’, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no dia 21 de novembro de 2016, com emissão do parecer nº 61529516.0.00005149.

Resultados e discussão

Participaram 19 adolescentes, sendo 8 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com idade entre 10 e 19 anos. Todos eram alunos regularmente matriculados e frequentes do 4º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio.

Os relatos dos adolescentes foram categorizados segundo seus entendimentos sobre: percepções sobre a violência, violência no ASR (tipos frequentes, tipos de violência que mais incomodam, tipos de violência sofridas, violência praticada) e possibilidades de enfrentamento e superação.

Percepções sobre a violência

Para os entrevistados, a violência é entendida como uma forma de agredir, ofender, bater e xingar alguém. Pode ocorrer na rua, na escola e em casa, ser exercida por familiares – pai, padrasto, mãe –, por pessoas mais velhas e que se julgam mais fortes. Ainda segundo os entrevistados, os atos de violência podem acontecer em função do desagrado de alguém com a cor da pele do outro, da ingestão de bebida alcoólica por parte de quem pratica a violência e pela ausência de diálogo. Também consideram violência maltratar os animais e as plantas.

Quando alguém agride uma pessoa, xinga ela, xinga pela cor dela. (E5).

A violência [...] geralmente acontece muito nas famílias, o pai espancar a filha por ela ter saído ou o padrasto pegar uma filha que nem é dele, entendeu? Em relação a isso, a mãe também beber e bater nos filhos. E também existe a violência nas ruas que um maior de idade vai lá e pega, é considerado pra ele pirralho, aí ele agride. Também tem nas escolas pessoas que se acham superior às outras, os mais fortes, aí eles querem sempre partir pra violência, nunca pra conversa, eles acabam batendo. É isso para mim. (E14).

Violência não é só com ser humano, com animal, com as plantas, com tudo que a gente faz de ruim com qualquer coisa, com qualquer pessoa e animal é violência. (E8).

A violência, de acordo com os adolescentes escolares pesquisados por Brandão Neto, Silva, Aquino et al.⁸, é vivenciada de forma constante e em diversos ambientes: familiar, escolar, vizinhança e nas áreas de lazer da comunidade. Nessa mesma pesquisa, foi identificada a violência ecológica como um fator de preocupação com o processo de adoecimento e meio ambiente.

Os adolescentes escolares da região do Recanto das Emas, em Brasília (DF), pesquisados por Ribeiro⁹, relataram que vivenciaram violência em diferentes locais: escola, família e comunidade; e que foram praticadas por: outros alunos, professores e pais.

Estudos com adolescentes demonstram que a definição que apresentam da violência está bastante relacionada com a agressão física¹⁰. Os adolescentes de uma escola estadual no município Senhor do Bonfim (BA), pesquisados por Paixão, Santos, Matos et al.¹¹, compreenderam como violência somente aquela relacionada com a dimensão física, não identificaram as dimensões psicológica, moral e institucional como tal.

Na pesquisa realizada por Brandão Neto, Silva, Aquino et al.⁸, os adolescentes escolares pesquisados apontaram haver relação entre a violência e o consumo de drogas, as condições sanitárias e socioambientais.

Os entrevistados do presente estudo

acreditam que a violência pode ser verbal, física, sexual e psicológica. Para eles, a violência representa a perda da razão, que não há aspecto positivo na violência e que prejudica ambas as partes – a vítima e o agressor.

[...] pra mim violência é uma coisa ruim que as pessoas usam para intimidar as outras pessoas, tanto de forma verbal, física, emocional, que não tem nenhum lado positivo. Pra mim só tem lado negativo, isso prejudica ambas partes. (E11).

[...] Eu acho que violência é quando as pessoas começam a disputar por alguma coisa e perdem a razão. Acredito que violência ela é tanto verbal, como agressão física, então, psicológica também. (E12).

Tem violência de vários tipos, tanto sexual, como violência de palavras, tem agressão física. Para mim violência é isso. (E15).

Silva, Lunardi, Lunardi et al.¹², ao pesquisarem o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social, identificaram o predomínio do abuso sexual, seguido das violências física e psicológica.

A existência da violência, segundo os entrevistados da atual pesquisa, deve-se ao preconceito – de raça, cor e gosto –, à falta de respeito ao semelhante, à indiferença e não aceitação da opinião alheia e à intolerância. A ausência de educação e a falta de regras na sociedade também foram mencionadas.

Preconceito de cor, raça, de gostos. (E9).

Acho que é pela indiferença, por não aceitar a opinião do próximo, entendeu, [...] é por falta de respeito aos seus semelhantes. (E11).

Porque existe intolerância das pessoas a tudo que não concorda. (E17).

Porque quase ninguém tem educação. (E5).

Porque eu acho que a sociedade não impõe tantas regras para a violência acabar. Aí eu acho que eles meio que não se importa com essa violência. (E8).

Entre as causas da violência elencadas pelos adolescentes pesquisados por Santana¹⁰, estão: problemas familiares, discriminação, más amizades e falta de cuidado por parte dos pais.

Maia, Araujo e Santos Junior¹³ verificaram que a dificuldade dos adolescentes em aceitar as características físicas dos demais, bem como a idade, o gênero, as características emocionais e de personalidade, colabora para a ocorrência de violências físicas e psicológicas entre eles no ambiente escolar.

Os adolescentes escolares pesquisados por Brandão Neto, Silva, Aquino et al.⁸ relacionaram a ocorrência de violência a diversos fatores, entre eles: a discriminação, o preconceito, a indiferença, a humilhação, a exclusão social e o não acesso às políticas públicas.

Por fim, um dos entrevistados neste estudo acredita que a existência da violência está relacionada com uma questão cultural que remete aos tempos da escravidão, quando os brancos podiam agredir os negros por não obedecerem. Outros alunos identificam que a violência pode ser vivida no ambiente doméstico como algo do cotidiano entre os pais e dos pais com os filhos; assim, há a possibilidade de a vítima reproduzir esse comportamento no trabalho, na escola e na constituição de uma nova família, gerando um ciclo de violência. Também se registrou a opinião de que a violência existe porque está evidenciada no mundo e na televisão.

Eu acho que isso veio bem dos tempos atrás, as pessoas, por serem brancas, eles rejeitavam as pessoas negras, então isso aconteceu nas guerras de antigamente e foi levando, existia os escravos e aí eles pegaram e tiveram essa lei de bater naqueles que não queriam obedecer. (E14).

Eu acho que violência é uma questão de cultura, tipo assim uma coisa que já vem de família, se minha família é do tipo, se eu sou um filho que

eu vou ver meu pai bater na minha mãe todo dia, discussão e xingamento e guerra, esses trens, tudo na minha casa, eu vou ser uma pessoa que, na vida, na escola, no trabalho, em qualquer lugar, vai ser uma pessoa violenta. E assim também gerando, se meus pais são violentos, eu vou ser violento com a minha futura esposa, meus filhos vão seguir o mesmo exemplo, vai achar a coisa normal, cultural, né?! (E12).

[...] essa violência existe porque o povo tá querendo fazer, é o mundo que faz, não é a gente. A gente tá vendo a televisão, tá acontecendo uma coisa e a gente vê e a gente fazer não é coisa boa também, né? (E10).

Para autores como Silva, Coelho, Caponi¹⁴ e Ralo¹⁵, um ambiente familiar em que a violência psicológica está presente entre os pais e é presenciada pelos filhos pode colaborar para que os filhos reproduzam esse tipo de violência com colegas na escola, com familiares e até mesmo na família que mais tarde constituirão.

Rates, Melo, Mascarenhas et al.¹⁶ identificaram o ambiente doméstico como um local mais suscetível de acontecer violência entre as pessoas.

Da mesma forma, Borges e Alencar¹⁷ afirmam que a presença da violência familiar, escolar e social na vida dos adolescentes desde muito cedo colabora para que os adolescentes a internalizem e passem a reproduzi-la.

Para Silva, Lunardi, Lunardi et al.¹²⁽⁴²⁷⁾

muitos pais, ainda, consideram o uso da violência como medida disciplinadora e educativa, constituindo-se, possivelmente, na reprodução de práticas adotadas por seus pais e das quais já foram vítimas em sua infância e adolescência.

É importante considerar que, nos relatos dos pesquisados, as considerações referentes às desigualdades sociais advindas e constituídas a partir da condição da classe social não apareceram atreladas ao conceito ou às percepções sobre a violência.

Violência no Assentamento: tipos frequentes

Muitos dos entrevistados afirmam que não existe ou que nunca viram violência onde residem. Relatam que no município de Alto Paraíso de Goiás, referindo-se à parte urbana, há brigas na praça, roubos e mortes.

Não, nunca vi. (E1).

Só em Alto Paraíso que vi. Uns caras batendo nos outros, brigando na pracinha. Lá tem muita gente que briga, e tem muitas violência, uns machucando os outros, batendo nos outros e vai para cadeia. (E2).

De acordo com Gessner, Fonseca e Oliveira¹⁸⁽¹⁰⁹⁾, o conceito de violência para os adolescentes pode ser

entendido como algo muito maior ou mais grave e diferente do que acontece comumente no seu cotidiano. Daí decorre a dificuldade de se perceber como vítima e reconhecer as relações violentas em que está inserido.

A maior parte dos adolescentes pesquisados por Ralo¹⁵ não percebeu a violência a sua volta.

Os entrevistados que afirmam haver violência verbal e física na escola, por meio de xingamentos relacionados com características físicas, falar mal, mesmo sem conhecer a pessoa, e agressões físicas e intimidação destacam o *bullying* por orientação sexual. Ademais, relatam violência em festas e bares, tanto física quanto verbal. Identificam também que algumas das ações de violência estão associadas ao uso de drogas e álcool.

É, existe. bullying por pessoa que escolheu gostar de outro gênero. (E17).

Sim. Porrada, ficar xingando um a outro, que eu tô lembrado, só. (E16).

De intimidação, que é mais frequente nas escolas

e física, na região mesmo, que é mais em barzinho, essas coisas que tem aqui. (E11).

[...] quando a gente vai pra festa tem muita violência, as pessoas briga, tanto em discussão quanto entra em porrada também. É porque eles usa droga, álcool e aí acaba afetando, eles acabam fazendo violência. (E8).

Moura, Cruz, Quevedo¹⁹ verificaram maior prevalência de *bullying* verbal, ao detectarem o uso de apelidos pejorativos evidenciando determinada característica física ou fragilidade da vítima, entre adolescentes escolares.

Ribeiro⁹, ao investigar adolescentes escolares da região do Recanto das Emas, em Brasília (DF), verificou a predominância da violência física, seguida da psicológica e, por último, a sexual.

Maia, Araújo e Júnior¹³ reforçam a presença da violência entre adolescentes na escola. Para os autores, a violência é algo do cotidiano dos adolescentes, podendo iniciar com a violência psicológica, por meio de xingamentos e provocações verbais, evoluindo para a violência física.

Rates, Melo, Mascarenhas et al.¹⁶, ao analisarem as notificações das violências contra crianças, verificaram que o consumo de álcool foi significativo entre os agressores.

A intolerância quanto às características físicas, comportamentais e cognitivas são fatores que podem levar a atitudes de violência entre adolescentes nas escolas¹³.

Os pesquisados relataram ainda ter conhecimento de agressão física entre cônjuges e de assédio sexual:

Assim, poucas, não tão faladas, mas poucas. Geralmente maridos que batem nas mulheres, maridos bêbados, assim, já existiu, já ouvi falar de mulher bater no marido, assim bem poucas mesmo. (E14).

Sim. A verbal. É mais em questão de xingamento e também eu acho que você está passando na rua e a pessoa mexe com você, eu acho que isso é violência. (E18).

Para Soares e Lopes²⁰, a violência entre cônjuges é fator presente em assentamentos rurais. Identificaram haver violência por parte dos companheiros contra mulheres jovens e detectaram a vulnerabilidade, falta de oportunidade e alternativas vividas por elas.

A violência sexual identificada pelos adolescentes escolares da região do Recanto das Emas, em Brasília (DF), era em maioria praticada por adultos do sexo masculino; e o toque no corpo ou nos seios foi relatado como predominante⁹.

Tipos de violência que mais incomodam

Todos os entrevistados disseram se incomodar com a violência. Alguns se sentem inseguros, abalados emocionalmente com o sofrimento das pessoas e ficam com “coração acelerado”, sentem-se desejosos de ajudar quem sofre.

Porque tem umas vezes que eu vejo as pessoas brigando e aí eu começo a ficar com o coração batendo demais. (E2).

Fico (incomodado), porque vejo muitas pessoas sofrendo. (E3).

Incomoda, deixa eu querendo ajudar. (E4).

De acordo com Ralo¹⁵, os adolescentes também relatam sentimentos provocados pela violência. A autora afirma ainda que a autoestima é prejudicada com a violência.

Entre os tipos de violência que mais incomodam, estão: violência física (com mulheres: matar e bater; com crianças: pegar, bater, matar, agredir, levar para longe dos pais; e em geral: brigar e matar); violência verbal (xingamentos); violência psicológica (intimidação); e violência sexual (com menor de idade, especificamente menina).

Matar as mulheres. (E1).

Incomoda bater em mulher, injustiça. (E9).

[...] é as pessoas que pegam as crianças, bate, mata. Por causa que assim: as crianças é inocente, e vem sendo agredida por homem. É muito ruim ver as pessoas sofrer por causa, porque está andando e chega a pessoa vai, bate, espanca, machuca, carrega, fica longe dos pais. (E3).

Todas me incomodam, mas as duas que me incomoda mais é a intimidação, porque isso tira a autoestima da pessoa, enfraquece, e a física também, que é prejudicial. (E11).

É a de maus tratos de menores. E também violência (sexual) com menor de idade, menina. (E10).

[...] a violência sexual incomoda bastante, deve ser muito dolorosa pras pessoas, mas você não sabe o que se passa na cabeça da pessoa. (E18).

Os adolescentes escolares investigados por Brandão Neto, Silva, Aquino et al.⁸⁽⁶⁾ também relataram incômodo em relação à violência:

eles não demonstraram aceitar os fatos, assumindo uma atitude de repúdio e de inquietação contra esta realidade, que priva as pessoas do direito de exercer sua cidadania.

Tipos de violências sofridas

A maior parte dos entrevistados disse não ter sofrido algum tipo de violência; e, entre estes relatos, há um que não reconhece a violência verbal como um tipo de violência.

Não, nunca. (E6).

Não, graças a Deus. (E10).

Nunca. Xingar sim, agora violência física, não. (E16).

Ralo¹⁵⁽¹⁰⁷⁾ identificou que adolescentes que sofreram violência doméstica “não se reconheceram como vítimas potenciais de

violência, mesmo tendo sido submetidos a ela no contexto doméstico”. Para a autora, é possível também que os adolescentes omitam que sofreram algum tipo de violência doméstica em função do estigma e preconceito relacionados. Cogita também a possibilidade de a violência doméstica ser invisível no lar, por estar atrelada à ideia de educação e disciplina.

Os demais entrevistados relataram já ter sofrido algum tipo de violência em casa, na escola e na rua. Foram citadas situações de preconceito e *bullying* em função da cor e características pessoais, ameaça em briga, sentimento de exclusão em atividade escolar, assédio sexual por homens na rua, abuso sexual por padrasto e agressão por parte dos pais.

Alguém já me chamou de negro, preto, aqui na escola. (E5).

Tipo verbal, a pessoa me xinga de gorda, me ameaça, também já fui ameaçada. (E8).

No evento que teve aqui na escola, que não colocaram a gente. Não incluíram a gente. Falaram que era só escolhidos da escola, os melhores, aí não incluíram a gente, aí nós ficou ofendido [...]. (E9).

Eu tenho um padrasto, já há muito tempo que ele mora com minha mãe, há 11 anos, então, assim, eu comecei a sofrer quando eu fui entrando com 9 anos, eu saía de casa para não ser agredida, mas isso acontecia porque ele bebia, e ele queria tipo assim abusar e geralmente eu não queria, era criança, fui entendendo isso com uns 12 anos, então, assim, eu também não aceitava, então eu acho que ele ficava mais ainda irritado e queria me bater, por isso eu tenho várias manchas no corpo, por causa dessas coisas, já apanhei de fio, vara, chinelo, várias outras coisas. (E14).

Malta, Mascarenhas, Bernal et al.²¹, ao analisarem dados do Inquérito da Vigilância de Violências e Acidentes (Inquérito Viva 2009) quanto à ocorrência de causas externas em adolescentes de 10 a 19 anos, identificaram que os locais onde são mais frequentes acidentes

e violência com adolescentes são, em primeiro lugar, a rua, seguida do domicílio e, posteriormente, da escola – o que sugere pensar em ações de promoção da saúde que envolvam esses locais.

Paixão, Santos, Matos et al.¹¹, em estudo sobre a percepção de adolescentes, em escolas públicas estaduais do município de Senhor do Bonfim (BA), a respeito da violência, identificaram que os adolescentes pesquisados vivenciaram, no ambiente escolar, tipos diversos de violência: física, moral e psicológica, esta última tanto por parte de alunos como de professores.

Segundo Ribeiro⁹, as agressões psicológicas sofridas por adolescentes na escola, tais como xingamentos e constrangimentos, são praticadas por outros alunos, por professores e até pela direção da escola.

A violência sexual vivenciada pelas adolescentes pesquisadas por Siqueira, Arpini, Savegnago²² é perpetrada principalmente por pais biológicos ou padrastos, no ambiente doméstico.

Violência praticada

Alguns participantes relataram já ter praticado violência. Entre os atos de violência praticados, estão: bater em menores e em colegas, empurrar, brigar, xingar, ameaçar, apelidar e zoar.

Já fiz isso uma vez na escola, fiquei irritada com uma aluna e apenas empurrei ela, mas assim rolou uma desculpa de nós duas. (E14).

Eu acho que já sim, na forma de colocar apelido, de intimidar também eu devo ter feito algumas vezes. (E11).

Fui zoar um garoto, ele também, aí eu parti para cima e acabou gerando isso [briga]. (E12).

Os adolescentes escolares pesquisados por Ralo¹⁵ também relataram ter praticado violência. Utilizaram da violência para justificar violência e como forma de resolver conflito. Agrediram amigos, colegas, desconhecidos, vizinhos e ex-namorados.

Possibilidades de enfrentamento e superação

A maioria dos entrevistados acha possível vencer a violência e apresenta diferentes ações para isso, com destaque para a necessidade de conscientização por meio de palestras, eventos, encontros e a importância do diálogo. Ressaltam que a conscientização e o diálogo a respeito da violência devem iniciar na infância e adolescência e ser tratados amplamente na escola.

Acho que sim. Primeiro pra mim é a questão do princípio, que pra mim é a questão do respeito, a pessoa tem que aprender a respeitar a opinião dos outros e saber lidar com a diferença. Eu acho que uma forma de conscientização, palestras, eventos, encontros isso pode ajudar a influenciar. (E11).

Eu acho que tem de tratar de uma forma mais geral a violência na escola, sabe, com as crianças, com os adolescentes, porque isso influencia muito. Na nossa vida a gente passa mais tempo na escola, eu acho que isso tem que ser tratado. (E11).

Os adolescentes investigados por Pinto, Araújo, Carvalho et al.²³ disseram que a escola deve conscientizar os alunos a respeito da violência, abordar o tema e esclarecer quanto às consequências para ajudar a suprir a falta de informação.

Melo²⁴ ressalta que a raiz do problema da violência está na dificuldade em estabelecer os processos de comunicação e que se faz necessário aproveitar as possibilidades de interação que a fala pode propiciar. Ainda para a autora, os projetos que abordam a violência devem buscar estratégias metodológicas para estimular o diálogo. Dentre as experiências de prevenção de violência, destacam-se atividades que buscam a organização de grupos, parcerias, redes, debates públicos,

desenvolvimento e formação de valores que preconizam a não-violência e o respeito pelo outro, em determinados espaços sociais, por

meio de mecanismos gerais, voltados para todos os atores aí incluídos, por exemplo, todos os alunos de uma escola, todos os integrantes de uma associação, [bem como o] desenvolvimento de projetos, programas e políticas, destinados às escolas, famílias, comunidades, organizações sociais; pela pactuação de normas de convívio e desenvolvimento de atitudes cooperativas e solidárias nos mais diferentes espaços sociais²⁴⁽¹⁶⁾.

Segundo uma parte dos entrevistados pelo presente estudo, fazer amizades, ter mais união e paciência, cada um fazer a sua parte, pensar e refletir no que faz, conversar para entender os motivos de quem agride podem ser formas de prevenção da violência. Além disso, identificam a necessidade de haver mais regras na sociedade:

Fazendo amizade uns com os outros e nunca brigar na vida deles. (E2).

Olhar a vida de outra maneira, unir mais, ter mais paciência, conversar com quem fez a agressão para entender os motivos. (E17).

Eu acho que sim, se a sociedade imposse mais regras, se a sociedade fosse mais rígida, eu acho que sim. (E8).

Uma das estratégias para prevenir a violência, proposta por Melo, Melo, Pimenta et al.²⁵⁽⁹⁶⁾, é a

a criação de espaços de participação que coloquem os adolescentes uns em contatos com os outros e assim se recomeça o longo aprendizado da solidariedade e da recriação de laços de sociabilidade.

Considerações finais

Os resultados indicaram que os adolescentes identificaram que a violência tem grande abrangência, podendo ser física, verbal, sexual

e psicológica. Apontaram que as manifestações de violência podem ocorrer em diversos locais, tais como escola, rua, casa, festas; e podem ser exercidas por diferentes pessoas, familiares, desconhecidos e colegas. Sofrem a violência todas as faixas etárias, em virtude do preconceito racial, sexual e social, da falta de respeito, da indiferença, da intolerância, da ausência de educação e da falta de regras na sociedade.

A violência física contra mulheres e crianças, a violência verbal, a violência psicológica e a violência sexual, especialmente contra menores de idade e meninas, estão entre os tipos de violência que mais incomodam os pesquisados.

Dentre as violências sofridas, destacaram o assédio sexual na rua e por homens, o abuso sexual por padrasto, a agressão por parte dos pais, a exclusão em atividade escolar e o *bullying* em função da cor e de características pessoais. Apontaram as violências física, verbal e psicológica como sendo as que eles praticaram. Entre elas, estão: matar animais, bater, empurrar, brigar, xingar, ameaçar, apelidar e zoar.

A maioria dos entrevistados evidenciou que a violência pode ser vencida e elencou ações para que os diferentes atores pudessem contribuir para a prevenção da violência. Dentre as ações individuais, destacam-se necessidade de ter mais amigos, união, paciência, reflexão, diálogo e

vontade de não praticar violência. Identificaram a necessidade de maior conscientização por parte da escola a respeito da violência por meio de palestras e eventos e que a abordagem seja realizada desde a infância. Indicaram a necessidade de haver leis mais rígidas e maior ação policial no combate à violência.

Com os resultados obtidos nesta pesquisa, é importante destacar a carência de estudos acerca do tema violência e adolescentes em assentamentos rurais, ficando evidente a necessidade de mais estudos e pesquisas aprofundadas sobre o tema.

Colaboradores

Moreira A contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Saporetti GM contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Oliveira HN contribuiu para o planejamento, interpretação e revisão final do artigo. Tavares R contribuiu para as análises estatísticas e revisão do manuscrito. Pinheiro TMM contribuiu para a concepção e delineamento do estudo, análise crítica e aprovação final do artigo. ■

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009 [acesso em 2016 mar 14]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf.
3. Minayo MCS. Violência e Saúde [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006 [acesso em 2017 fev 1]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=Rxb0AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=viol%C3%Aancia+e+sa%C3%BAde+minayo+2006&ots=Y9tm5KTMVe&sig=cyRphncZbbNji030YTw49ncMK7s#v=onepage&q=viol%C3%Aancia%20e%20sa%C3%BAde%20minayo%202006&f=false>.
4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. Relatório Mundial sobre violência e saúde [internet]. Geneva: OMS; 2002 [acesso em 2017 fev 11]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>.
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: Mapa da Violência: Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil. [internet] Brasília, DF: Secretaria-Geral da Presidência da República; 2015 [acesso em 2017 fev 5]. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>.
6. Organização das Nações Unidas. Relatório sobre o estudo das Nações Unidas sobre a violência contra crianças. In: Pinheiro OS, organizador. [S.l.], 2006 [acesso em 2017 mar 13]. Disponível em: <http://www.unviolencestudy.org>.
7. Bardin, L. Análise de Conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
8. Brandao Neto W, Silva MAI, Aquino JM, et al. Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(4):617-625.
9. Ribeiro IMP. Vivências de situações de violências por crianças e adolescentes de 11 a 18 anos moradoras do Recanto das Emas, Distrito Federal. 2015 [tese]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2015. 75 p.
10. Santana AFS. Representações Sociais de Estudantes do Ensino Fundamental da Rede Pública de Ensino acerca da Violência na Escola. Revista Inter Ação. 2012; 37(1):113-130.
11. Paixão GPN, Santos NJS, Matos LSL, et al. Violência escolar: percepções de adolescentes. Revista CUIDARTE. 2014; 5(2):717-22.
12. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, et al. Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. Enfermería Global. 2017; 16(2):406-418.
13. Maia LLQGN, Araujo A, Santos Junior AS. O entendimento da violência escolar na percepção de adolescentes. Rev Med Minas Gerais. 2012; 22(2):166-173.
14. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SN. Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface. 2007; 11(21):93-103.
15. Ralo JM. Violência doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo. [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.
16. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(3):655-665.
17. Borges LS, Alencar HM. Violências no cenário brasileiro: fatores de risco dos adolescentes perante uma realidade contemporânea. Journal of Human Growth and Development. 2015; 25(2):194-203.

18. Gessner R, Fonseca RMGS, Oliveira RNG. Violência contra adolescentes: uma análise à luz das categorias gênero e geração. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48 (esp): 102-108.
19. Moura DR, Cruz ACN, Quevedo LA. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *J. Pediatr.* 2011; 87(1):19-23.
20. Soares JSF, Lopes MJM. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011; 45(4):802-810.
21. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(9):2291-304.
22. Siqueira AC, Arpini DM, Savegnago SDO. Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Aletheia.* 2011; (34):109-122.
23. Pinto DMR, Araújo EM, Carvalho ESS, et al. Percepção de alunos/as sobre as causas da violência escolar. *Adolesc Saúde.* 2015; 12(3):83-87.
24. Melo EM. Podemos prevenir a violência. In: Melo EM, organizadora. *Podemos prevenir a violência: teorias e práticas.* Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
25. Melo EM, Melo MAM, Pimenta SMO, et al. A violência rompendo interações: as interações superando a violência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* 2007; 7(1):89-98.

Recebido em 21/11/ 2017
Aprovado em 03/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Contribuições do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) para a ampliação da cidadania e promoção da saúde

Contributions of Participatory Regionalized Planning (PPR) for the expansion of citizenship and health promotion

Maria de Fátima Abreu¹, Elza Machado de Melo², Andréa Maria Silveira³

DOI: 10.1590/0103-110420185408

RESUMO O objetivo do estudo foi aferir se o Planejamento Participativo Regionalizado (PPR), ocorrido em Belo Horizonte (MG), entre 2011 e 2012, amplia a cidadania, qualifica as políticas públicas e pode afetar positivamente os determinantes da saúde. Foram realizadas análise documental e entrevistas. Verificou-se que o PPR foi realizado de forma transparente e representativa. A sua metodologia foi bem avaliada, principalmente pelas suas características lúdicas. O PPR propiciou integração de atores envolvidos em políticas públicas distintas e trouxe a dimensão do planejamento de médio e longo prazo. A sua experiência traz inspirações técnicas e metodológicas que podem possibilitar a ampliação da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento participativo. Promoção da saúde. Democracia.

ABSTRACT *The objective of the study was to assess whether Participatory Regionalized Planning (PPR), held in Belo Horizonte (MG), between 2011 and 2012, broadens citizenship, qualifies public policies and can positively affect health determinants. Documental analysis and interviews were carried out. It was verified that the PPR was performed in a transparent and representative manner. Its methodology was well evaluated, mainly for its playful features. The PPR allowed the integration of actors involved in different public policies and brought the dimension of medium and long term planning. Its experience brings technical and methodological inspiration that can make possible the expansion of citizenship.*

KEYWORDS *Participative planning. Health promotio. Democracy.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7201-4186>
fabreu03@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzammelo@hotmail.com

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1180-3875>
silveira@medicina.ufmg.br



Introdução

A Política Nacional de Promoção da Saúde reconhece a participação social como um dos fatores de promoção da saúde¹ e acolhe como importante o engajamento social no desenvolvimento, na implementação, no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde. Essa produção não é de responsabilidade apenas do setor saúde, visto que as iniquidades em saúde têm como causa as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as experiências individuais de educação, emprego e trabalho, habitação e meio ambiente e de acesso a serviços de prevenção e tratamento de doenças. As intervenções sobre esses determinantes são essenciais para sociedades produtivas, inclusivas e saudáveis².

No Brasil atual, a participação social representa um elemento estruturante nas políticas sociais. Discuti-la é importante para o entendimento do processo de institucionalização e execução das políticas públicas, enquanto estratégia para a redução das desigualdades. Aqui, ressalta-se a emergência no País de outras formas de participação na gestão do social e na prestação de serviço para além dos conselhos, como fruto do fortalecimento de um movimento que tem suas origens na década de 1980³.

Nos anos 1990, emergiram novos e variados mecanismos de participação e inclusão de atores sociais na produção de políticas públicas, mas 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. Os conselhos e outros mecanismos de participação social acumularam pouca experiência em processos de concertação, negociação e direcionamento estratégico das políticas governamentais⁴. Na última década, há uma tentativa do planejamento setorial de romper com a precedência e a primazia do orçamento sobre o planejamento⁵.

Com a aprovação, em 2001, do Estatuto da Cidade, foi regulamentado o capítulo da

Constituição sobre a política urbana, com ênfase na inclusão territorial e na diminuição das desigualdades socioespaciais. Foram promovidos processos participativos na elaboração e na revisão dos Planos Diretores, mas esses processos não resultaram, necessariamente, em Planos que expressam a construção de um pacto social para o desenvolvimento urbano, com manutenção da cisão entre a visão técnica da cidade e a visão comunitária⁶. Belo Horizonte, inaugurada em 1897, foi uma das primeiras cidades brasileiras planejadas, tendo sido projetada para ser a capital de Minas Gerais⁷. Concebida para 200 mil habitantes, em pouco mais de um século, tornou-se uma das principais capitais do País, com 2,38 milhões de habitantes⁸.

Em 1993, o município iniciou o processo de democratização, com a implantação do Orçamento Participativo (OP) e a criação dos vários conselhos de políticas públicas. Entre 1993 e 1996, ocorreu a aprovação da Lei Orgânica do Município e do Plano Diretor da cidade.

Entretanto, a cidade foi considerada, em 2010, uma das cidades mais desiguais do mundo⁹. O seu histórico de participação social, principalmente pelo OP e pela atuação dos conselhos de políticas públicas e de planejamento urbano, a partir da década de 1990, não foi, portanto, suficiente para reverter a sua desigualdade social.

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 moradia¹⁰. Já o terceiro tipo, o OP Digital, aconteceu em 2006, 2008, 2011 e 2013, via internet e aberto a todos os eleitores, e 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 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 maior risco e vulnerabilidade social.

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. Existem, ainda, centenas de outras instâncias participativas ou temáticas, como comissões, comitês, conferências, fóruns e uma grande variedade de espaços de participação social, além de conferências temáticas e audiências públicas.

Contudo, não existem mecanismos participativos que promovam discussões intersetoriais ou transversais às diversas políticas públicas, o que culmina na perda da perspectiva mais global na qual essas políticas se inserem. A ausência desses mecanismos poderia ser minimizada pela maior articulação entre conselhos, conferências, ouvidorias, audiências e consultas públicas, entretanto, isso não ocorre⁴.

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 um novo processo de diálogo do governo municipal com a sociedade, por demanda do prefeito (Márcio Lacerda), que queria ouvir diretamente as propostas das comunidades para o aprimoramento das políticas públicas em todas as regiões da cidade. Assim, entre 2011 e 2012, foi empreendido o Planejamento Participativo Regionalizado (PPR), pelo Decreto Municipal nº 14.724, em dezembro de 2011, envolvendo grande diversidade de

atores sociais, com cerca de 9 mil participações, que geraram 2.500 proposições para os 40 territórios do município¹¹.

O PPR buscava direcionar os recursos públicos de forma mais alinhada às necessidades e demandas da população, estabelecer metas referentes a aspectos subjetivos e qualitativos do processo e criar uma cultura de planejamento de médio e longo prazo, com a formação de cidadãos mais envolvidos na gestão municipal. Buscava, ainda, identificar propostas mais adequadas para o desenvolvimento de cada região da cidade com a discussão de ações nos diversos setores – habitação, saúde, educação, desenvolvimento social, transporte e trânsito, trabalho e renda, lazer, segurança, cultura, meio ambiente – e se contrapor à compartimentalização temática dos processos participativos, abrangendo todas as questões trazidas pelos participantes. Visando a identificar em que medida o PPR avança com relação às experiências anteriores da democracia participativa, esta pesquisa objetivou descrever o desenho e o processo dessa experiência de PPR de Belo Horizonte.

Metodologia

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, baseado na análise de documentos, entre os quais se destacam registros realizados durante o desenvolvimento do PPR, Fichas de Avaliação dos Eventos preenchidas pelos participantes, relatos de reuniões de equipes (detalhamento do planejamento, definição das dinâmicas dos encontros públicos e dos instrumentos usados para articulação, mobilização, comunicação e condução dos eventos, monitoramento e avaliação do PPR). Foram, ainda, realizadas de forma complementar e visando a um maior aprofundamento quanto à percepção dos participantes, entrevistas com informantes-chave (lideranças comunitárias, técnicos e gestores municipais), um ano após a conclusão do processo, utilizando roteiro que continha perguntas sobre avaliação dos

participantes acerca de aspectos principais do PPR. Foram utilizados os registros de duas oficinas internas de planejamento do PPR realizadas pela equipe da Gerência de Mobilização Social e 2.671 fichas de avaliação de 49 encontros realizados, entre 2011 e 2012. Lançou-se mão, ainda, de dois boletins informativos, gravações em áudio e vídeos, *clippings* da imprensa, folder, panfletos, cartazes, convites, apresentações visuais e fotografias.

O tratamento analítico desse material teve como marco teórico referencial a concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos. A partir disso, as instâncias de participação da população na discussão das políticas públicas, como conselhos, fóruns, conferências etc., foram consideradas como espaço de construção do consenso, no qual interesses distintos convergem, por meio de acordos, para o interesse de todos, segundo categorias propostas por Pires⁴ e Smith¹² e De Ferrari et al.¹³, e com as quais foi feita a análise do PPR: i) transparência sobre intenções, objetivos, alcances, processos e resultados da participação e divulgação ampla para o público em geral; ii) representatividade e inclusão: interesses relevantes representados e possibilidade de todos os participantes expressarem suas opiniões e de serem ouvidos; iii) institucionalidade: ambientes, regras e configuração institucional que favoreçam a negociação e a formação de pactos e consensos; iv) equipe profissional qualificada e isenta: capacidade técnica, isenção e neutralidade dos profissionais que conduzem o processo; v) empoderamento dos participantes: autonomia e capacidade de fazer valerem as decisões; vi) compromisso da autoridade e apoio institucional: autoridade convencida e comprometida com a abertura de sua gestão à intervenção cidadã; vii) resultados: que permitam assegurar efeitos positivos, que atendam às expectativas dos participantes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), CAAE 02335212200005149, e contou com a anuência da Prefeitura de Belo Horizonte.

Resultados e discussão

O processo do PPR

O município de Belo Horizonte é subdividido em 9 regionais administrativas. Os aproximadamente 2,5 milhões de habitantes estão distribuídos em cerca de 500 bairros e vilas. Em 2010, foi proposta uma nova organização do município em 40 territórios de Gestão Compartilhada, constituídos pelo agrupamento de vários bairros semelhantes em termos de infraestrutura e aspectos socioeconômicos. O PPR teve como base territorial essa nova organização¹¹, que constou de articulação interna da prefeitura, reuniões preparatórias e ciclos progressivos de oficinas públicas, e foi estruturado, em sua Primeira Etapa, em cinco ciclos de oficinas públicas. O ‘Ciclo A’ – Conhecendo e debatendo a Metodologia –, de âmbito regional, focou a sensibilização para a importância do planejamento participativo e a apresentação da proposta do PPR em cada Regional, com livre expressão dos participantes. A proposta era tratada de forma lúdica com a exibição de um vídeo e a apresentação de esquete por um grupo de teatro. Ao final, era apresentado o Ciclo B e eram fornecidos convites para serem distribuídos nos bairros. O ‘Ciclo B’ – Formulando propostas para os Territórios – tratou da criação dos Grupos de Trabalho Territorial (GTTs) e foi destinado à escuta das propostas de médio e longo prazo para cada um dos 40 territórios. Em grupos, os representantes discutiram e formularam as propostas para a melhoria e o desenvolvimento do seu território. Em cada território, eram formados 2 subgrupos, para os eixos Social/Cultural e Ambiental/Econômico. O eixo de Gestão Compartilhada era discutido nos dois grupos. Ao término das oficinas, eram definidos de 10 a 15 participantes de cada território para, junto com técnicos da Gerência de Mobilização Social, sistematizar as propostas a serem levadas ao Ciclo C. Esses representantes compuseram o Grupo de

Trabalho Territorial (GTT), para cada um dos 40 territórios. No ‘Ciclo C’ – Diálogos com o Prefeito –, as oficinas de âmbito regional promoviam o diálogo entre os representantes dos territórios e o prefeito municipal. A dinâmica dessas oficinas dava a palavra, em primeiro lugar, à comunidade, e, em seguida, ao prefeito, que antecipava encaminhamentos e/ou informações sobre obras, projetos e programas em andamento. Após esse Ciclo, foi realizada a ‘Análise técnica das propostas – criação do Grupo Técnico de Avaliação das propostas (GTA)’. O prefeito convocou os dirigentes de órgãos, secretários e dirigentes de Regionais para indicarem técnicos para analisarem as mais de 2.500 propostas do PPR sobre diferentes temas. O GTA envolveu representantes de 27 áreas temáticas da prefeitura e das 9 Administrações Regionais para esse trabalho de análise. O ‘Ciclo D’ – Entrega dos ‘Cadernos de Análise das Propostas’ –, também de âmbito regional, teve como objetivo o retorno à comunidade dos encaminhamentos dados pela prefeitura às propostas apresentadas. Um secretário de área temática da prefeitura também fazia uma exposição da política municipal da qual ele era titular. O tema era definido segundo as propostas mais frequentes naquela Regional. No ‘Ciclo E’ – Fórum da Cidade –, de âmbito municipal, deveriam ser apresentados os principais resultados referentes às proposições populares, mas o Ciclo não foi realizado devido ao acúmulo de eventos participativos nesse período (do OP e dos Planos Diretores Regionais) e pela proximidade com as eleições municipais. Assim, ao final dos encontros públicos do Ciclo D, foi proposta a continuidade do PPR para aprofundamento das discussões sobre as propostas para cada território. O PPR foi estruturado, portanto, como um processo permanente de planejamento, que deveria ser contínuo, após essa Primeira Etapa de formulação e análise das propostas, para revisão e acompanhamento sistemático da execução das propostas. Entretanto, o processo não teve continuidade.

A percepção dos participantes

No que diz respeito à categoria ‘Transparência’, várias ações foram empreendidas. As Secretarias Regionais foram as que mais se envolveram, utilizando peças de comunicação como folders, informativos, panfletos, cartazes e convites. Os dois boletins informativos produzidos ao longo do trabalho, postados pelo correio e distribuídos nas oficinas, buscavam difundir o projeto e informar sobre o andamento das atividades, além da divulgação em jornais locais e blogs. A TV Conecta da PBH produziu vídeos divulgados no Portal da PBH.

Nas reuniões de avaliação do processo pela equipe da Gerência de Mobilização Social, as oficinas do Ciclo A foram percebidas como uma ‘catarse coletiva’. O clima era permeado por dúvidas e desconfiança sobre as reais intenções do PPR e potenciais ameaças à continuidade do OP, fonte de muitas conquistas para as comunidades mais pobres.

Irei continuar observando as propostas, participando dos ciclos que vão acontecer, para amadurecer de fato a minha decisão com relação ao PPR. (Liderança Comunitária).

Houve acusações de oportunismo: “O prefeito vai usá-las (as obras) na sua plataforma de governo para se reeleger” (Membro da Comunidade).

Houve, também, muitas declarações de expectativas positivas: “Eu gostaria que este projeto venha contribuir de fato para a evolução de BH, especificamente, o Barreiro” (Membro da Comunidade).

Com relação à compreensão da proposta, as observações foram variadas, identificando-se posicionamentos antagônicos entre participantes de uma mesma oficina:

‘Eu achei boa porque esclareceu dúvidas que a gente tinha’; ‘Não entendi nada’; ‘Muito ruim, que as pessoas não falavam nada com nada’; ‘Me parece que a gestão compartilhada tem tudo a ver com o orçamento participativo’. (manifestações de Membros da Comunidade).

Quanto à categoria ‘Representatividade e Inclusão’, foi constituído um Banco de Dados de lideranças, classificado por regionais e territórios, com mais de 11.000 participantes, que receberam convites para as oficinas e reuniões. A representação mais expressiva foi de associações populares, destacando-se lideranças comunitárias do OP, membros de conselhos de políticas públicas e de comissões regionais/locais da cidade e, em escala menor, representantes de associações de moradores, de Organizações Não Governamentais (ONGs), de sindicatos e de comunidades religiosas. Registre-se a difícil mobilização da classe média, do setor produtivo e de jovens, presentes em pequena proporção. As fichas de avaliação das oficinas e as reuniões de avaliação apontaram que, para os participantes, deveria ter sido feita uma divulgação maior, para ampliar o número de pessoas, e o processo deveria ter sido mais aberto.

Calsing¹⁴ considera que todo planejamento tem traços impositivos, porque depende de coordenação e condução. Pedro Demo¹⁵ reitera que o planejamento é um fenômeno que tende a ser dominador, mas observa que não se pode menosprezar a necessidade de coordenação. Para ele “não há coordenação satisfatória sem participação das bases, e não há participação condizente das bases sem o elemento coordenador”¹⁵⁽¹⁵⁾. No caso do PPR, porém, a definição do desenho institucional e da metodologia (institucionalidade) foi de inteira responsabilidade da equipe coordenadora, composta por técnicos da PBH, que se preocupou em criar ambiente acolhedor e propiciar uma escuta empática e afetiva a todos os participantes. O diferencial no PPR foi essa dimensão afetiva e acolhedora, desde a recepção das pessoas com um lanche coletivo, a animação lúdica pela equipe de arte-mobilização, a condução também lúdica do mestre de cerimônias e a apresentação dos esquetes teatrais tratando de temas relacionados aos eventos. A metodologia foi referenciada de forma positiva pelos participantes da avaliação do PPR, em 2013. Considerou-se que o

processo humanizou a política, tendo sido destacado o caráter informal dos eventos: “*Um fator positivo foi a maneira que escolheram para levar a informação via teatro, a abertura. O que poderia ter sido mais usado*” (Técnico da PBH). Nas Fichas de Avaliação, também houve destaque para o teatro: “*O teatro ilustrou bem o assunto, levantou o ânimo. O encontro foi, no geral, esclarecedor*” (Membro da Comunidade). Lideranças e gerentes de OP consideraram positivo que a metodologia possibilitou discutir todas as questões simultaneamente. “*Um aspecto positivo foi a visão do todo da prefeitura*” (Técnico da PBH).

O Ciclo B foi o único ciclo em que os encontros aconteceram por território, e os participantes foram subdivididos em grupos. Esse formato teve uma boa receptividade, pela maior oportunidade de todos se manifestarem: “*O formato utilizado para esta oficina foi interessante e mais proveitoso*” (Membro da Comunidade). As fichas também continham observações sobre as limitações das propostas formuladas, alertando para a necessidade de maior informação e embasamento técnico:

Existem propostas sem embasamento técnico que justifique as implantações. (Técnico da PBH).

Ser mais objetivo. A prefeitura trazer as propostas que ela tem para a região. (Liderança Comunitária).

Na avaliação do PPR no Ciclo D, em uma das Regionais, uma liderança destacou como aspecto positivo a apresentação das propostas pelos GTTs para o prefeito, ressaltando a importância da ‘inversão de metodologia’ em relação a outros processos participativos na cidade:

[...] quando tem evento com prefeito, monta-se palanque, prefeito e outras autoridades falam, falam e falam. E o povo só escuta. Depois, todos da mesa saem antes do povo falar. Essa inversão na metodologia foi muito importante. O povo falou primeiro, ele ouviu. (Liderança Comunitária).

Pôde-se verificar que 83% dos participantes avaliaram como Boas ou Muito Boas as oficinas nas Regionais nos 3 primeiros ciclos e que apenas 5% consideraram que as oficinas deixaram a desejar. Cabe observar que a média da avaliação positiva foi crescente: no Ciclo A, foi de 79%, passando para 84% no Ciclo B, e chegando a 88% no Ciclo C.

No que diz respeito à categoria ‘Equipe Profissional Qualificada’, a equipe da Gerência de Relacionamento e Mobilização Social da Secretaria de Gestão Compartilhada foi responsável pelo conteúdo, metodologia, dinâmica, moderação e relatoria das discussões em grupo, da arte-mobilização e do monitoramento das ações. Os técnicos tinham experiência em mobilização social e contavam com consultoria especializada, propiciando escuta qualificada das questões trazidas pela comunidade. Essa receptividade foi reconhecida pelos participantes durante o processo:

Foi uma metodologia exemplar, que funcionou. [...] Tem muito a ver com o corpo técnico. Não houve indução para que as pessoas falassem o que se queria ouvir. O pessoal percebeu isso. (Liderança Comunitária).

A categoria ‘Empoderamento’ dos participantes implica a autonomia e a capacidade de fazer valerem as decisões e de institucionalizar a vontade dos participantes; a possibilidade de desafiar práticas estabelecidas e a capacidade de gerar ‘melhores cidadãos’. Uma liderança, ao fazer avaliação do PPR na oficina do Ciclo D, destacou o impacto do processo:

[...] eu acho que cada um aqui vai concordar comigo. É que o planejamento, ele faz com que a gente seja uma liderança mais completa, vocês não acham, não? (Liderança Comunitária).

Nas reuniões e entrevistas de avaliação do PPR, em 2013, lideranças, técnicos e gestores avaliaram que houve problemas na análise das propostas pelos técnicos da prefeitura (GTA). Segundo uma secretária, “Não houve avaliação

sobre a pertinência de considerar uma proposta nova” (Técnico da PBH), e as propostas “*foram se enquadrando naquilo que já estava sendo feito*” (Técnico da PBH).

Além das reuniões sistemáticas com a equipe da Secretaria de Gestão Compartilhada, muitos técnicos do GTA se dispuseram a participar dos encontros noturnos com representantes dos GTTs de cada Regional, para afinar a metodologia que estava sendo usada para análise das propostas. O trabalho de análise das mais de 2.500 propostas demandou muito esforço das equipes, mas, ainda assim, resultou em fragilidades, inclusive por não haver uma orientação política sobre até onde poderia haver comprometimento com as informações repassadas.

Na categoria ‘Compromisso da autoridade e Apoio institucional’, verificou-se que, até 2011, os processos participativos em Belo Horizonte aconteciam de forma descentralizada e desarticulada. A criação da Secretaria Municipal Adjunta de Gestão Compartilhada, para potencializar a participação social, vinculada à Secretaria Municipal de Governo, órgão de coordenação política da gestão municipal diretamente ligado ao prefeito, foi uma sinalização de fortalecimento político da democracia participativa na cidade.

A partir da convocação do prefeito, as secretarias regionais demonstraram boa receptividade ao processo e deram apoio na mobilização e na realização das atividades do PPR. O prefeito disponibilizou sua agenda às oficinas do Ciclo C nas Regionais, quando ouviu a síntese das cerca de 2.500 propostas formuladas para toda a cidade.

Praticamente todos os participantes das reuniões de avaliação do PPR, em 2013, criticaram a falta de continuidade do processo. Um Secretário avaliou: “*Lamentável foi esse hiato, de não ter tido claramente continuidade*” (Técnico da PBH). Outro técnico também comentou: “*É preciso ter cuidado com um processo que leva as pessoas a darem opiniões que não serão implementadas*” (Técnico da PBH). Alguns participantes levantaram a hipótese de que o PPR foi empreendido para aumentar o capital político do governante

no período pré-eleitoral. Segundo eles, o processo serviu como insumo para o prefeito e para a campanha de reeleição. Conseguiu movimentar lideranças e obteve alguns respaldos para sua elaboração programática.

Na categoria ‘Resultados’, verificou-se, em entrevistas de avaliação do PPR, feitas em 2013, que as pessoas que participaram avaliaram positivamente. Embora tenha se iniciado com certa descrença e temor de que o PPR iria substituir o OP, o retorno da prefeitura com relação às propostas apresentadas demonstrou o comprometimento com o processo e o respeito à população, e por isso ganhou credibilidade.

Quanto ao cumprimento das metas previstas, os resultados ficaram acima da expectativa em termos de número de eventos, de participações, incorporação de novos segmentos, mapa de lideranças e propostas sistematizadas. Foram realizadas 76 oficinas durante os quatro ciclos, realizados encontros intermediários, como reuniões com os GTTs, com o GTA e oficinas com representantes desses dois grupos, antes do Ciclo D. Considerando as reuniões preparatórias, somam-se 127 reuniões durante o PPR e um total de 203 eventos. Em todo o processo do PPR, foram computadas mais de 9.000 participações.

Destacam-se, como instrumentos de legitimação do processo, a sistematização e a impressão dos ‘Cadernos de Propostas’ e os ‘Cadernos de Análise das Propostas’ do PPR. A expectativa dos participantes de ter acesso à sistematização das propostas foi evidenciada em observações das Fichas de Avaliação:

A possibilidade de as pessoas falarem e terem a opinião registrada, isso é bom. É importante que isso se transforme em um documento para todos. (Membro da Comunidade).

Da mesma forma, os participantes demandaram ter acesso à avaliação das propostas pela prefeitura: *“Acolher todas as propostas por escrito e respondê-las, fazer funcionar a comunicação prefeitura-lideranças comunitárias” (Liderança Comunitária).*

Boa parte das propostas referiu-se a ações já previstas nos programas e projetos municipais, demonstrando conhecimento e interesse da comunidade nesses programas. Entre elas, a ampliação de equipamentos públicos, como Unidades Municipais de Educação Infantil (Umeis), Unidades de Saúde, melhorias no atendimento dos serviços de saúde, na limpeza urbana, no transporte coletivo, na cultura e nos esportes: o PPR *“permitiu ampliar diretrizes do OP Regional 2013/2014, que estavam praticamente engessadas”* (Técnico da PBH). Isso já era previsto na concepção do PPR, a perspectiva de balizar outros processos de planejamento em curso, como o próprio OP, os Planos Diretores Regionais e os próximos Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAGs).

Com relação às expectativas dos participantes sobre os resultados do processo, várias observações das Fichas de Avaliação das oficinas demonstraram grande desejo de que as propostas fossem concretizadas. Devem-se destacar, também, os resultados organizativos do processo. Nas oficinas do Ciclo B, inscreveram-se 670 pessoas para comporem os GTTs, das quais, 370 participaram efetivamente como referências em planejamento participativo dos 40 territórios. Dessas, 96 foram relatoras no Ciclo C e foram protagonistas na avaliação do processo no Ciclo D.

A instituição do GTA, composto por técnicos da PBH de todas as áreas temáticas, também foi um resultado organizativo importante. A convocação de 27 órgãos setoriais da prefeitura, além das 9 secretarias regionais, e uma participação média de 30 pessoas nas reuniões promoveu o início de articulação intersetorial entre os órgãos municipais, buscando maior integração entre as políticas públicas no território.

Assim, efeitos positivos do PPR na estrutura interna da prefeitura também foram destacados. Técnicos do GTA constataram que várias secretarias trabalhavam com políticas que tinham interface, mas não conversavam. Como a continuidade do PPR não aconteceu, o GTA se dissolveu, e esse processo de integração intersetorial também foi interrompido.

Quanto aos resultados pedagógicos, considera-se que as lideranças ficaram mais informadas, com maior percepção do todo e do aspecto territorial/regional. Isso foi destacado pelos gerentes de OP e por um Secretário Regional, nas reuniões de 2013:

A comunidade entendeu que não era só falar da sua rua, mas também do bairro e região em que moram [...]. O processo deu essa visão mais regional, municipal e fez com que deixassem de lado um pouco desse imediatismo. (Gestor PBH).

Discussão dos resultados

Apesar da resistência dos participantes em ampliar o alcance das propostas para o médio e o longo prazo, bem como a sua abrangência espacial, foram formuladas questões mais abrangentes no espaço e no tempo, evidenciando o início da percepção de planejamento pretendida. Pode-se considerar que a distinção entre OP e PPR e a noção de planejamento foram mais incorporadas pelas lideranças que participaram mais ativamente do processo, no caso, a maioria dos GTTs.

A partir do Ciclo B, percebeu-se maior receptividade e um melhor entendimento da proposta, embora ainda houvesse desconfiança e certa incompreensão por parte de alguns participantes. Quanto ao caráter da inclusão, poderia se pensar que o fato de Belo Horizonte possuir uma tradição em OP seria uma condição importante para que houvesse maior equidade na participação. Entretanto, deve-se considerar que procedimentos visando à redução das assimetrias e desigualdades não são comuns nos OPs¹⁶, assim como nos Conselhos¹⁷, devido à complexidade das regras dos OP, não compreensíveis para todos, à falta de informação adequada e à necessidade de capacitação^{18,19}. Ademais, estudos apontam que os cidadãos mais presentes nas instâncias participativas participam quase sempre em uma ou várias associações e frequentemente

têm militância político-partidária, ou seja, “a inclusão política por meio da participação diz respeito aos cidadãos já incluídos no sistema representativo”¹⁸⁽³⁴²⁾.

Cornely²⁰⁽³⁶⁾ avalia que:

[...] boa parte dos insucessos de experiências de desenvolvimento de comunidade se devem à falta de habilidade, à insuficiência ou à má composição da equipe técnica.

Considerando que uma boa equipe técnica deve ajudar a comunidade a mover-se eficazmente na direção que ela escolheu, destaca-se que a literatura brasileira sobre participação comunitária²¹⁻²³, principalmente nos conselhos de saúde, chama atenção ao fato de as instâncias de participação serem criadas à imagem de gestores e profissionais, que convidam à participação e à adesão a comunidade, ainda que o dito modelo seja muitas vezes estranho à cultura dos diversos grupos sociais e dificulte a sua compreensão. Além disso, os segmentos técnicos, detentores de conhecimento, acabam por ter maior peso nas decisões e por impor uma linha técnica aos debates, o que culmina muitas vezes por excluir os não familiarizados com a linguagem científica.

Tais fatos colocam a população em posição de desvantagem nessas instâncias, a qual é agravada pela falta de disponibilidade de tempo, recursos para transporte e assessoria, ou seja, uma série de recursos geralmente disponíveis para a participação dos demais segmentos. Os depoimentos sugerem que nesta experiência de PPR a equipe técnica foi um dos fatores determinantes para que o processo lograsse resultados importantes, ao buscar uma condução que procurava facilitar a participação da comunidade, dentro das limitações impostas por outros aspectos fora do controle da equipe.

Para Cornely²⁰, o planejamento participativo demanda ações de educação e trata-se de processo eminentemente pedagógico e de capacitação progressiva. Pedro Demo¹⁵ reforça essa percepção, afirmando que a força

da educação está “na dimensão política, como incubadora da cidadania e cristalizadora das regras democráticas de jogo”.

A concepção metodológica do PPR privilegiou os aspectos pedagógicos, políticos e organizativos da comunidade, aproximando-se, portanto, desses preceitos. Em alguns momentos, algumas lideranças se mostraram surpresas de poderem interferir na decisão de uso de recursos para além do que estava previsto no Orçamento Participativo. Em algumas oportunidades, os participantes questionaram sobre qual era a garantia de que as propostas formuladas no PPR seriam implementadas. A resposta era sempre de que não havia nenhuma garantia. Mas eles puderam perceber que, se no OP os participantes deliberam sobre uma pequena parcela do orçamento municipal, o PPR, embora não deliberativo, abriu a oportunidade para que as pessoas interferissem em todo o orçamento do município e entendessem que ainda poderiam ser buscadas fontes externas de recursos.

Outro aspecto importante na categoria ‘Empoderamento dos participantes’ foi a integração do saber popular e técnico. É provável que a comunidade cometa erros, na perspectiva do técnico. O técnico não é um elemento neutro e deve buscar instrumentalizar a comunidade a decidir melhor, como parte do processo educativo do planejamento participativo²⁰.

O retorno à sociedade tem o potencial de proporcionar debate e reflexão, bem como agregar conhecimento ao cidadão. Assim, a entrega dos ‘Cadernos de Propostas’ ao Prefeito, no Ciclo C, e dos ‘Cadernos de Análises das Propostas’ aos participantes, no Ciclo D, foi um importante resultado do processo, embora a análise tenha sido considerada superficial e insuficiente para uma parte das propostas.

De fato, grande parte das propostas é de curto prazo, refletindo o fato de que as pessoas participam visando a garantir o atendimento de suas necessidades básicas. Apesar disso, houve, também, propostas de desenvolvimento para aproveitamento das potencialidades

específicas e sugestões para programas de governo, como políticas sobre drogas, políticas para idosos, jovens, entre outros. Outro grupo de propostas incluiu ações do governo municipal que demandam articulações com outras esferas de governo (estadual e federal) e instituições financiadoras de políticas públicas, como saneamento básico, escolas de ensino médio e profissionalizante, metrô, infraestrutura viária, construção de hospitais, segurança pública e política sobre drogas. Esse caráter múltiplo das propostas decorreu da participação livre, sem filtro ou restrição.

Conclusões

Esta pesquisa partiu do pressuposto de que a ampliação e a qualificação da democracia não são condições inerentes a todo e qualquer processo participativo e que o formato institucional dos espaços de participação social é determinante para ampliação da cidadania. Por sua vez, ampliar a cidadania é essencial para se interferir nas políticas públicas de forma a melhorar a qualidade de vida que condiciona a promoção da saúde.

A avaliação do PPR mostrou tratar-se de uma experiência ousada pela sua amplitude, que alcançou todas as regiões de Belo Horizonte; pela exposição pública da administração e do prefeito em um processo que trazia riscos inerentes a um formato inovador de participação social, em período pré-eleitoral; pelo contexto de desencanto com a política e de baixa mobilização social, além da indefinição quanto às perspectivas de comprometimento político e de retornos concretos que poderiam advir desse processo.

Considera-se que, por se tratar de um curto ensaio de planejamento territorial participativo, são muito limitadas e comprometidas as lições. Contudo, a experiência traz inspirações técnicas e metodológicas que podem possibilitar a ampliação da cidadania, confirmadas pela percepção dos diferentes atores que dela participaram.

Foi a postura de acolhimento das demandas populares, esforço contínuo de formação e abertura permanente à fala das lideranças que conferiu legitimidade ao PPR e à equipe executora.

Dessa forma, o PPR constituiu-se num canal de diálogo que gerou uma identificação de problemas e propostas ricas, como base para um planejamento urbano mais sistêmico e inclusivo. Especialmente, propôs-se a ser um laboratório de formação para que as pessoas que dele participaram pudessem entender, de forma crítica, as dimensões técnica, jurídica, econômica e social dos processos de desenvolvimento urbano da cidade e no qual pudessem opinar sobre qualquer matéria.

Para o corpo técnico da prefeitura, foi uma possibilidade de ver que a abertura ao debate com a sociedade pode aprimorar a gestão, ao incorporar as principais demandas da população, com as quais as políticas implementadas pelo poder público nem sempre estão

sintonizadas. Foi também um exercício inovador de interação entre técnicos da área de planejamento de todos os setores da prefeitura, propiciando um exercício de intersectorialidade e revelando as potencialidades de se fazer uma gestão mais integrada e sustentável.

Assim, pode-se dizer que o projeto trilhou a direção de uma experiência de planejamento territorial participativo, apesar de uma série de vácuos e limitações que podem sim representar críticas relevantes sem, no entanto, destituir a validade da experiência.

Colaboradores

As três autoras foram responsáveis pelo desenho metodológico deste artigo. Abreu MF redigiu o artigo. Melo EM e Silveira AM fizeram as correções e a revisão final. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 687 MS/GM. Aprova a política de promoção e saúde. Diário Oficial da União. 30 Mar 2006.
2. Organização Mundial de Saúde. Declaração do México sobre promoção da saúde rumo a maior equidade. In: 5ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde; 2000 jun 5; Cidade do México. México.
3. Silva FB, Jaccoud L, Beghin N. Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias [internet]. In: Jaccoud L, organizadora. Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. Brasília, DF: IPEA; 2005. [acesso em 2018 28 dez]. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/politicassociais.pdf>.
4. Pires RRC. Da sociedade para o estado: desafios da participação do Brasil. In: Marx V (organizadora). Democracia Participativa, Sociedade Civil e Território. Porto Alegre: UFRGS; CEGOV; 2014.
5. Gimenez DM, Cardoso JC. Planejamento e Desenvolvimento: Considerações à Luz de Documentos do Governo Brasileiro Entre 2003 e 2010. Brasília, DF: Ipea; 2012. (Coleção Texto para Discussão. n. 1690).
6. Santos Junior OA, Montandon DT. Síntese, Desafios e Recomendações. In: Santos Junior OA, Montandon DT, organizadores. Os planos diretores municipais pós-estatuto da cidade: balanço crítico e perspectivas. Rio de Janeiro: Letra Capital; Observatório das Cidades: IPPUR/UFRJ; 2011.
7. Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte. Cenas de um Belo Horizonte. 2. ed. Belo Horizonte: PBH; 1996.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [internet]. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620>.
9. UN-Habitat. State of the world's cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide. Londres: Earthscan; 2010.
10. 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, organizadores. Democracia Participativa: a experiência de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Leitura; 2008.
11. Abreu MF, Garcia MMF, Poznanski F. Planejamento Participativo regionalizado (PPR) – Ampliando a participação em Belo Horizonte - MG. In: Anais da 12ª Conferência do Observatório Internacional de Democracia Participativa; 2012 jun 12; Porto Alegre. Porto Alegre: Observatório da Cidade de Porto Alegre; 2012. p. 151-164.
12. Smith G. Studying democratic innovations: an analytical framework. In: Smith G. Democratic Innovations: Designing institutions for citizen participation. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
13. De Ferrari JM, Sanhueza A, Lauzán S, et al. Orientaciones para la práctica de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública. In: Manual de Participación Ciudadana, Corporación Participa. Santiago de Chile: Ministério del Interior; 2008.
14. Calsing EF, organizador. Subsídios ao Planejamento Participativo – Textos Seleccionados. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura; 1980.
15. Demo P. Planejamento Participativo – Elementos de uma Discussão Preliminar. In: Calsing EF, organizador. Subsídios ao Planejamento Participativo – Textos Seleccionados. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura; 1980. p. 15-26.
16. Fedozzi L. Avaliação das práticas de construção dos Orçamentos Participativos. In: Marx V, organizadora. Democracia Participativa, Sociedade Civil e Território. Porto Alegre: CEGOV; 2014.

17. Avritzer L, Almeida DR, Silva KJ. O Projeto Democracia Participativa PRODEP UFMG e Comitê Governamental de Gestão Participativa PBH. Repensando os mecanismos participativos de Belo Horizonte: representação, capacitação e intersectorialidade. Belo Horizonte: Relatório de pesquisa; 2010.
18. Nez H. Democracia participativa e inclusão Sócio-Política: as experiências de Bobigny (França) e Barreiro (Belo Horizonte, Brasil). Organ. Soc. 2009 jun 16(49):325-350.
19. Serafim L, Teixeira AC. Balanço e desafios do Orçamento Participativo – Gestão 2005-2008. 2006 (presumível) [internet]. [acesso em 2011 fev 2]. Disponível em: <https://www.polis.org.br/download/282.pdf>.
20. Cornely SA. Subsídios sobre Planejamento Participativo. In: Calsing EF, organizador. Subsídios ao Planejamento Participativo – Textos Seleccionados. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura; 1980. p. 27-39.
21. Oliveira FJA. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. Cad. Saúde Pública. 2006 set; 22(11):2411-2421.
22. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(supl2):7-18.
23. Serapioni M, Romani O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016 nov; 22(11):2411-2421.

Recebido em 05/04/2018

Aprovado em 18/12/2018

Conflitos de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola

Intersectoriality in the promotion of school in health: a study of the Health in School Program

Lidiane Sales Vieira¹, Soraya Almeida Belisário²

DOI: 10.1590/0103-110420185409

RESUMO Esta pesquisa teve por objetivo analisar o Programa Saúde na Escola no distrito sanitário de uma das capitais brasileiras sob a ótica da intersetorialidade nas ações de promoção da saúde escolar. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória baseada em estudo de caso que utilizou a análise documental como fonte de coleta de dados. Os resultados revelaram que na integração entre os setores ainda acontecem ações pontuais e abordagens fragmentadas, mas que aos poucos emergem propostas articuladas e comprometidas com a intersetorialidade e promoção de saúde. Dentre os desafios, destacam-se a necessidade de processos de monitoramento e avaliação do programa no âmbito da promoção de saúde e a inserção ativa da comunidade no campo.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Colaboração intersetorial. Serviços de saúde escolar. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT *This study aimed to analyze Health in School Program in the health district of one of the Brazilian capitals adopting the intersectoriality approach in the school health promotion actions. This is qualitative and exploratory research based on case study that applied documental analysis as source of data collection. Results revealed that occasional and fragmented actions still occur in the integration between sectors, but also articulated proposals gradually emerge committed to intersectoriality and health promotion. Among the challenges, we highlight the need for monitoring and evaluating the program as for health promotion as well as active community insertion in the field.*

KEYWORDS *Health promotion. Intersectoral collaboration. School health services. Public health policy.*

¹Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7386-4377>
lidianeveira@pbh.gov.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social (MPS) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2240-6146>
soraya@nescon.medicina.ufmg.br



Introdução

A escola como cenário de saúde coletiva passa por potencialidades que se justificam tanto pela expressividade sociodemográfica relacionada à infância e adolescência como pelo enfrentamento estratégico de vulnerabilidades que acometem o público presente no ambiente escolar¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde², a abertura da escola aos propósitos de saúde como prioridade pública apoia-se na compreensão de que um programa de saúde escolar eficaz seja um dos investimentos mais promissores da nação para melhorar simultaneamente educação e saúde. Dessa forma, em todo o mundo, os problemas elencados como as principais causas de morbidade e mortalidade entre crianças e adultos podem ser prevenidos ou reduzidos com programas de saúde escolar e saúde juvenil².

Nessa perspectiva, a integração entre saúde e escola se referencia na intersectorialidade delineada com a convocação de diferentes setores para a realização conjunta de intervenções promotoras de melhores condições de vida e saúde³. Assim sendo, a relação saúde-escola também se ancora na promoção de saúde determinada como processo de autonomia e ampliação das possibilidades de indivíduos e comunidades no controle sobre sua saúde e qualidade de vida^{4,5}.

No Brasil, os princípios da saúde na escola foram incorporados nos projetos nacionais conforme as políticas públicas foram aproximadas do movimento global das escolas promotoras de saúde⁶. Nos anos 1990, houve um esforço nacional para a apropriação do conceito de escolas promotoras de saúde⁷ e, em 2007, os Ministérios da Saúde e Educação elaboraram e aprovaram a regulamentação do Programa Saúde na Escola (PSE)⁸. A publicação desse decreto representou um marco no processo de apropriação do espaço escolar como campo de saúde⁹.

O PSE preconiza ações intersectoriais e de mobilização de parceiros na rede de atenção básica à saúde e ensino fundamental público

a fim de qualificar o cuidado individual e coletivo e reduzir os riscos e agravos que acometem crianças e adolescentes, ampliando mecanismos de enfrentamento e cuidado integral^{8,10}. Desde sua institucionalização, o PSE apresentou avanços e importantes desafios, e sua agenda de adesões expandida nos marcos regulatórios^{11,12} também é perpassada de ações frequentemente problematizadas na perspectiva das conexões entre setores¹³.

Proposta ampla, que considera a comunidade na qual se insere e a sociedade na qual se estrutura, idealmente, a saúde na escola não trata de inserções avulsas e descontextualizadas, mas relaciona provisão de recursos específicos, ações continuadas e estratégias intersectoriais¹³. Assim, a escola é estabelecida como espaço cada vez mais envolto nos interesses políticos públicos intersectoriais aptos à promoção de saúde. Vale, para tanto, aprofundar a compreensão sobre o contexto, identificar as ações realizadas, bem como entender seus limites e possibilidades no andamento das situações vivenciadas.

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi o de analisar o PSE local sob a ótica da intersectorialidade nas ações de promoção de saúde escolar em um distrito sanitário de uma das capitais brasileiras.

Métodos

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa que utilizou a análise documental como fonte de coleta de dados. Utilizou-se a estratégia de estudo de caso, que possibilitou identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo PSE em um distrito sanitário de uma das capitais brasileiras, bem como lacunas e desafios nas ações propostas ou desenvolvidas na localidade.

O contexto deste estudo foi o cenário do ensino fundamental público e da atenção básica em território com vulnerabilidades específicas, em que indicadores municipais associam o comprometimento da saúde infanto-juvenil a riscos de importância pública, desde eventos

de violência a aspectos de acesso e qualidade de vida. O distrito sanitário desta pesquisa tem uma população superior a 260.000 habitantes, 28 escolas municipais de ensino fundamental regular e 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Todas as 28 escolas e 83 Equipes de Saúde da Família (EqSF) ambientadas nas 16 UBS estão aderidas ao PSE.

Realizou-se pesquisa documental que consistiu na identificação de publicações institucionais nas secretarias regionais de saúde e educação do distrito sanitário e em consultas no Diário Oficial do Município (DOM), totalizando 209 documentos. Os materiais levantados se caracterizaram por documentos de primeira mão, que não receberam tratamento analítico¹⁴, tais como leis, decretos, deliberações, portarias municipais, programas e planos de governo, e documentos de segunda mão, que já foram trabalhados¹⁴, como relatórios, manuais, cartilhas e atas de designações de políticas.

O período do estudo compreendeu os anos de 2008, quando o Município aderiu ao programa, a 2016, ano de realização da pesquisa. Dos 209 documentos pesquisados, 56 são referentes a publicações oficiais do Município e os demais 153 são relatórios da experiência do PSE no distrito pesquisado.

Analisou-se o material segundo a linha conceitual dos modelos teóricos de saúde na escola propostos por Silva e Bodstein¹³. Definiram-se os pontos principais com base nas prioridades do PSE⁸ confirmadas durante a leitura do material: promoção de saúde na escola, organização dos serviços, ações de mobilização e divulgação, articulação intersetorial e parcerias, segundo os modelos teóricos da saúde na escola¹³.

Este estudo vincula-se ao projeto 'Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na atenção Básica de Saúde' 2012-2017 e faz parte da pesquisa intitulada 'Intersetorialidade entre políticas públicas de saúde e educação na promoção da saúde escolar', aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa (CAAE 01140812.1.0000.5149).

Resultados e discussão

No total, analisaram-se 209 fontes distribuídas entre 56 documentos municipais regulatórios sobre diretrizes políticas saúde-educação e qualificação profissional e divulgação, que foram somados a 153 documentos de caráter descritivo do andamento do programa no território pesquisado (*quadro 1*).

Quadro 1. Resumo da caracterização dos documentos pesquisados segundo período de publicação

Documentos			Volume	Ano-período
Documentos Municipais pesquisados	Bases políticas municipais da atenção à saúde primária e educação fundamental pública	Planos Municipais de Saúde	3	
		Portarias Municipais	4	2008-2016
		Relatórios Anuais de Gestão	9	
		Relatórios finais de Conferências Municipais de Saúde	3	2009-2013
		Relatórios finais de Conferências Municipais de Educação	3	2009-2015
		Programações Anuais de Saúde	6	2010-2016
		Relatórios Conselho Municipal de Educação de Belo Horizonte	2	2010-2015
		Lei municipal	1	2011
		Relatórios de avaliação anual Conselho Municipal Direitos da Criança e do Adolescente	3	2013-2015
		Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes	1	2014
		Plano Municipal para Infância e Adolescência	1	2015
		Relatório final Conferência municipal dos direitos da criança e do adolescente de Belo Horizonte	1	
		Deliberações Conselho Municipal Direitos da Criança e do Adolescente	2	2015-2016
		Atas de reuniões do Conselho de Alimentação Escolar de Belo Horizonte	3	
		Decreto Municipal	1	2016
Formação e informação	Manual	1	2009-2015	
	Cartilhas Municipais	4		
	Informes	3		
	Protocolos e Guias Municipais	5		
Documentos do Distrito Sanitário	Experiências, eventos, intervenções do PSE distrital	Relatórios distritais	96	2011-2016
		Portfólios escolares	57	2014-2016

Institucionalização do Programa Saúde na Escola no Município

No conjunto dos 56 documentos municipais, definem-se instruções sobre organização do

trabalho em saúde no campo escolar, informação à comunidade sobre o PSE, regulamentações públicas via deliberações políticas e prestação de resultados gerais da saúde e educação do Município (*tabela 1*).

Tabela 1. Características gerais dos documentos municipais de saúde e educação relacionados à saúde na escola

Especificações documentais	Normativos	Vigilância	Mobilização	Total
	Resoluções Municipais	Acompanhamento de resultados	Qualificação profissional e divulgação	
Leis, decretos, portarias e deliberações	8	-	-	8
Conferências Municipais	7	-	-	7
Planos Municipais	5	-	-	5
Programações Municipais	9	-	-	9
Relatórios de gestão	-	14	-	14
Publicações instrutivas	-	-	5	5
Divulgação	-	-	8	8
Total	29	14	13	56

Desde a adesão do Município ao PSE, a saúde na escola se inseriu nas pautas prioritárias do Município em diversas regulamentações. Entre 2008 e 2010, os Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde preconizaram metas de triagem dos estudantes para o monitoramento de ações do PSE no Município, como o número de avaliações clínicas em oftalmologia, bucal e medições de peso e altura dos estudantes. Entre 2012 e 2016, as ações de promoção da saúde escolar também se inseriram nas prioridades do Município, pleiteadas por meio de ações intersetoriais.

A ocasião do resultado coincide com o momento de mudanças nacionais iniciadas em 2012, que, a partir do estabelecimento nacional da Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola, inauguraram um novo momento do PSE, com enfoque no incremento de ações voltadas à abordagem e mobilização da comunidade escolar¹².

Realizaram-se repasses financeiros para o PSE com montantes sempre especificados, conforme as triagens de peso e altura, avaliações oftalmológica e bucal efetuadas, não havendo especificações de custeio sobre atividades promotoras de saúde. O destaque dado às triagens clínicas anuais

de saúde, oftalmológicas e nutricionais, frente à menor frequência de atividades de promoção da saúde e prevenção, também foram percebidos em estudo semelhante¹⁵. Evidências centradas em aspectos como os expostos relacionam o grau de colaboração intersetorial proposto para programas de saúde baseados na escola, em que o uso da escola como local de prestação de serviço clínico demanda nível de colaboração diferente daquele em que se propõem práticas no âmbito da promoção de saúde¹⁶.

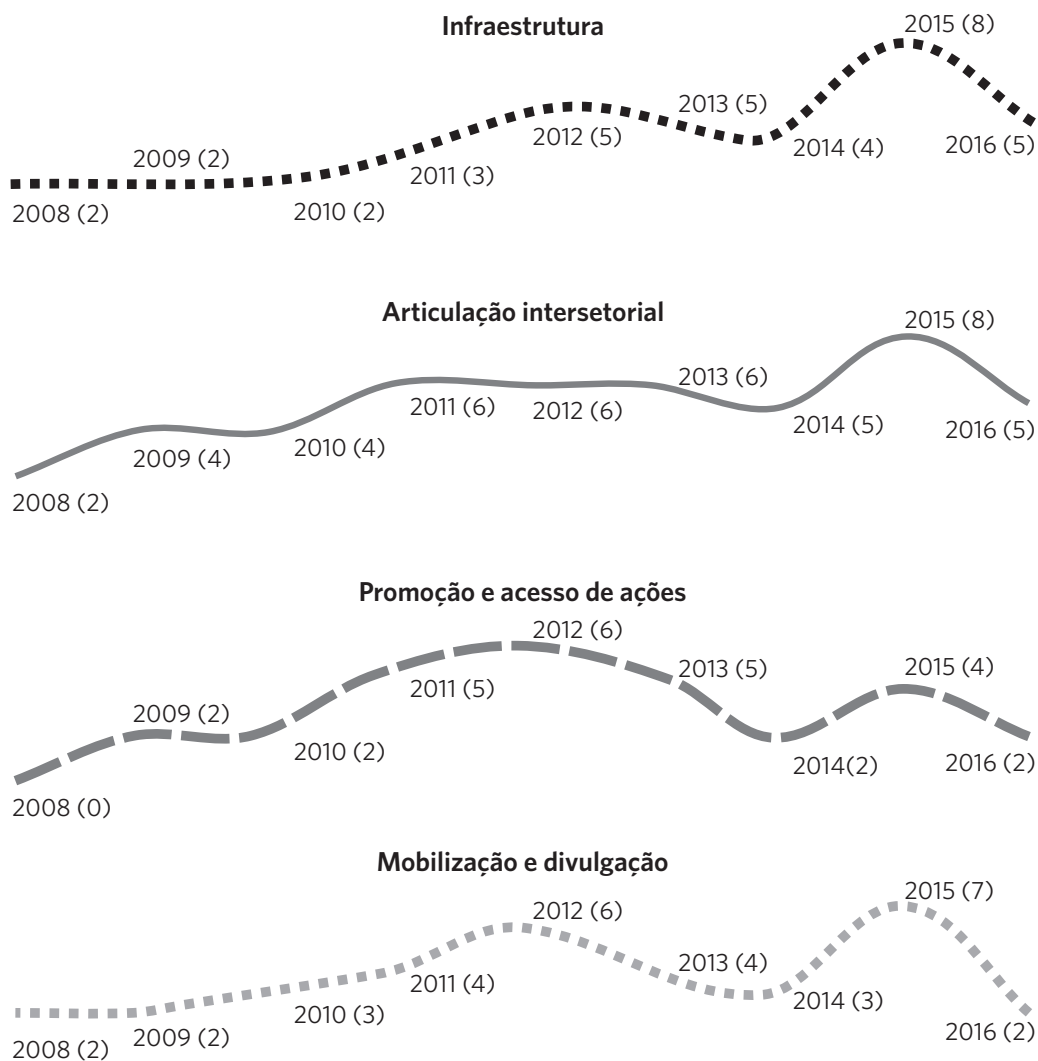
Nos espaços colegiados, como conferências de saúde e de educação, a interação entre os referidos setores também foi considerada nas diretrizes de cuidado do Município, desde a intervenção imediata nos riscos que vulnerabilizam o público escolar – condições alimentares, violência, gravidez, sexualidade, álcool e outras drogas – à proposição do estudo do Sistema Único de Saúde e de outras políticas públicas na grade curricular das escolas municipais.

Os documentos do Município apresentaram orientações para o incremento da saúde na escola a partir de diferentes perspectivas, com algumas ênfases distintas em (1) infraestrutura: financiamento, recursos humanos, materiais, provisão e ordenamento

de serviços; (2) articulação intersetorial e parcerias: convocação dos setores para a saúde na escola; (3) promoção e acesso de ações de saúde escolar via realização de atividades; e (4) ações de mobilização por

meio de capacitação profissional e divulgação. A ocorrência dessas ênfases é ilustrada na *figura 1*, que agrupa o aparecimento de tais perspectivas conforme número de documentos municipais por ano.

Figura 1. Distribuição dos documentos municipais segundo as ênfases em infraestrutura, articulação intersetorial, promoção e acesso de ações de saúde escolar e ações de mobilização, 2008-2016.



As características sobre as condições de infraestrutura acima definidas foram reportadas linearmente no período do estudo, percebendo-se a frequente ênfase no condicionamento dos atributos necessários à estruturação da saúde na escola, com maior expressividade no ano de 2015, ocasião em que foram encontrados oito documentos relacionados.

Os aspectos relacionados à articulação intersetorial estavam presentes na maioria dos documentos, superando quatro publicações ao ano a partir de 2009. Reportada como processo sistemático de articulação e organização do sistema de saúde e tendo como pressuposto a associação junto a outros setores, a intersectorialidade trata da forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida³. Imediatamente implicados na execução das ações do PSE municipal, no período de 2012 a 2016, conteúdos voltados à intersectorialidade tiveram seu ápice nos regulamentos do Município, sendo o tema abordado em seis documentos diferentes nos anos de 2011 a 2013 e em oito documentos municipais em 2015.

Relacionada à intersectorialidade, a promoção da saúde escolar gradativamente ocupou a pauta dos regimentos municipais. A partir de 2012, ano que se averigua a maior discussão sobre o tema nos regimentos do Município, quando seis documentos enfatizam a promoção de saúde na escola, passou a ser alvo de interesse nas proposições municipais.

No campo da intersectorialidade da saúde na escola municipal, foram estabelecidas diversas parcerias, em especial envolvendo as secretarias adjuntas de segurança alimentar e nutricional, saúde, transporte e trânsito, ambiente, entre outras. É possível citar intervenções contínuas e diárias referentes à saúde bucal na rotina escolar, o incremento das atividades de combate à dengue, integração crescente da Polícia Militar às escolas e inserção gradativa de parceiros como Organizações Não Governamentais e o Serviço Social do Comércio. Evidências

relativamente frequentes na análise de experiências intersectoriais assinalam que o fortalecimento da relação e comunicação saúde-educação propicia que o PSE traga inovações para o campo das relações intersectoriais e da promoção de direitos de cidadania, o que expande o paradigma saúde-educação para o envolvimento de outros setores^{15,17}.

Um balanço das ações de comunicação para a população em geral revela que foram utilizadas, em especial, formas de comunicação alternativas tais como jornal do ônibus, com destaque para materiais impressos. A exposição deu visibilidade às informações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças e ênfase nas ações de triagens no programa. Esse achado merece considerações especiais, uma vez que o destaque dado às atividades assistenciais em pesquisas intersectoriais relaciona o grau de integração e colaboração entre os setores¹⁵ e revela o quão o modelo 'biologicista' prevalece no contexto¹⁴. E, ainda, o fato de informes dessa natureza serem os mais divulgados à comunidade tanto fortalece o padrão tradicional de ações de saberes isolados¹⁴ como eleva as expectativas da população por intervenções centradas em prestações clínicas¹⁵.

O Programa Saúde na Escola no distrito

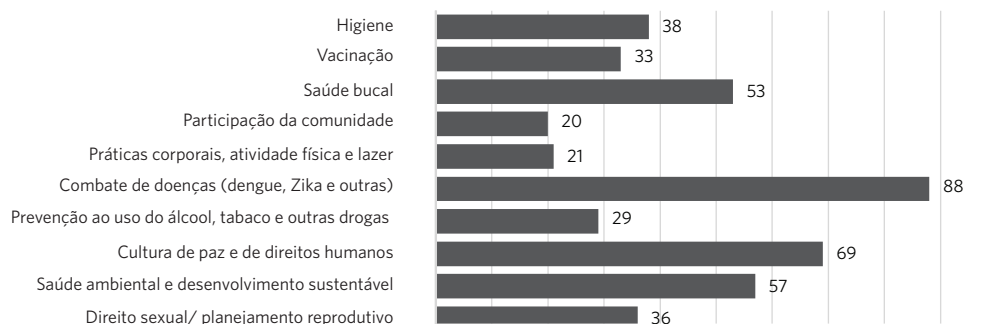
Analisaram-se 153 relatórios distritais do PSE, referentes a um conjunto inteiro de documentos de segunda mão¹⁴ centrados no enfoque informativo e composto por relatórios e portfólios distritais referentes ao universo escolar do mesmo. Os portfólios, em específico, são relatórios de autoria da educação que materializam a coletânea de ações desempenhadas pela saúde-educação local nas escolas aderidas ao PSE.

O material pesquisado no distrito sanitário é esquematicamente resumido na *figura 2*, segundo características e conteúdos.

Figura 2. Caracterização dos documentos distritais

Documentos distritais			
Documentos	Definições	Natureza dos conteúdos	Setores e equipamentos envolvidos
Relatórios distritais	Exposição escrita das experiências, eventos, intervenções, acontecimentos, fatos relativos ao PSE circunstanciado no distrito.	Apurações de triagens do PSE quanto a dados oftalmológicos, odontológicos e antropométricos. Atividades de promoção de saúde quanto a intervenções escolares de temáticas e conduções variadas.	Saúde e Educação. Saúde, Educação, Secretarias adjuntas de segurança alimentar e nutricional, trânsito, Polícia Militar, Organizações não governamentais, Serviço Social do Comércio, universidades e faculdades públicas e particulares, Câmara Municipal, Companhia de Saneamento, Centro de Referência da Assistência Social, Ministério Público, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural, Guarda Municipal, Corpo de Bombeiros Militar, Cruz Vermelha Brasileira, Defesa Civil, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.
Portfólios do PSE	Coleção de trabalhos já realizados num determinado período em uma escola. Armazena informações sobre os processos de trabalho acontecidos em cada escola participante do PSE.	Apurações e atividades de promoção de saúde quanto à coexistência de triagens e experiências promotoras de saúde.	

Temas abordados e coexistentes nos 153 documentos distritais



Do conjunto de 153 documentos, mais da metade foi formulada pelo setor da saúde por profissionais vinculados à secretaria distrital, enquanto, nas proposições municipais, mais de um terço foi preparado em comum acordo pelos setores da saúde e educação. No distrito, houve apenas uma elaboração de autoria compartilhada. Os detalhes da elaboração dos documentos pesquisados levantaram indícios de fragilidades locais do trabalho intersetorial relacionadas a ações específicas e desagregadas da saúde ou da educação. Como Farias et al.¹⁸, entende-se que a possibilidade de formar

um espaço integrado e participativo sob a perspectiva da promoção de saúde escolar é fundamental, ainda que repleta de entraves.

Os documentos trazem dados e pontos sobre promoção e acesso de ações e assistência de saúde, associados a elementos estatísticos e a resultados ou experiências vividos na realidade local. Desse balanço, cerca de metade dos documentos relatou, de alguma forma, atividades promotoras de saúde relacionadas ao PSE local, cabendo à parte restante apurações quantitativas contendo consolidados sobre avaliações antropométricas, triagens

odontológicas e oftalmológicas e compilados a título de prestação de contas municipais.

Para o andamento das ações localizadas no PSE no distrito, verificaram-se também os aspectos já pesquisados no âmbito municipal, em especial os conteúdos referentes à promoção da saúde e intersectorialidade. Seguindo o conhecimento de outros autores que concluíram ser a intersectorialidade uma forma de gestão possível e eficiente, mesmo frequentemente associada a dificuldades¹⁸, no estudo local, foram averiguadas algumas ênfases em tal perspectiva. Alguns resultados evidenciaram que o processo pode reorientar o rumo à integração entre setores, dado que, em muitas experiências, percebeu-se que o compromisso do envolvimento intersectorial foi além do encaminhamento das demandas aos setores alheios e subordinação entre setores¹³.

Dentre os principais resultados, visualiza-se o ingresso de abordagens de saúde nas disciplinas regulares conduzidas na rede pública, como é o caso da alimentação saudável, tratada dentre os conteúdos das matérias de ciências bem como no aprendizado da matemática e de mecanismos de combate à dengue, inseridos na disciplina de português. Todas essas estratégias foram esboçadas pelo próprio corpo docente em preocupação com a saúde escolar, tanto que houve quinze ações executadas por professores em parceria ao PSE em 2014, número esse que sobe para 70 em 2015 e para 102 atividades para o mesmo universo no âmbito da saúde na escola em 2016.

Verificou-se o envolvimento dos profissionais da cantina, da limpeza, biblioteca, informática e funcionários da manutenção escolar. As palestras, gincanas, atividades de leitura, desenho e redação, bem como as artísticas, materializaram o empenho por ambientes e comunidades mais saudáveis, condizendo, assim, com a constatação já identificada em outros estudos da intersectorialidade no PSE, que destacaram a tentativa de consolidação de práticas intersectoriais, mesmo que principiadas por ações pontuais¹⁸.

Dias et al.¹⁹ confirmam, inclusive, que

investimentos dessa natureza, ainda que incipientes, demonstram a orientação por objetivos em comum e a oportunidade de confiança na capacidade dos outros em assumir responsabilidades no que se refere à saúde na escola, sem obrigatoriamente ser um profissional da área da saúde.

Procurou-se identificar outros interlocutores, além da saúde e educação, que se envolveram intersectorialmente nas ações do PSE territorial. Diferentemente do achado no estudo de Farias et al.¹⁸, observou-se que há muitas outras parcerias além da saúde e educação acessíveis ao PSE da localidade. Contudo, não se percebe a existência de envolvimento da comunidade com o programa, de forma que os sujeitos do território escolar foram reportados apenas quando da abertura da escola para eventos destinados aos pais, como feiras de cultura, ciências ou festas da família, em que também se processariam práticas do PSE. Dessa forma, é indispensável uma ação mais articulada no que tange ao envolvimento contínuo da comunidade, visto que a população do território faz jus a tal inclusão, porque, além de ser integrante cotidiana e inerente da escola, seu envolvimento é essencial para a construção da promoção de saúde nesse campo^{9,19}.

As temáticas enfatizadas nas dimensões de promoção da saúde e prevenção de agravos, regulamentadas no decreto do PSE⁸, acontecem no contexto local (*figura 2*) e são acrescidas de outras sucedidas distritalmente, como as relativas à saúde emocional, consciência cidadã e política, enfocadas na adoção de animais abandonados, doação de sangue e o projeto da Câmara Mirim. As temáticas foram inovações distritais, que, dado o caráter incipiente, não estão detalhadas na *figura 2*, mas merecem a menção, visto que, diferentemente das críticas relatadas na literatura²⁰, sua ocorrência mostra o movimento local em prol do reconhecimento das demandas próprias do território e, conseqüente, o empenho em práticas singulares.

Como importantes desafios, destaca-se a ausência de mecanismos para a produção de indicadores e processos de

monitoramento e avaliação local da saúde escolar. Diferentemente do que acontece no âmbito municipal, no distrito não se sistematizam os dados advindos do PSE em prol de planejamentos estatisticamente fundamentados. Essa inexistência pode favorecer achados tais como os evidenciados em estudo¹⁵ que dirigiu seu enfoque às percepções de gestores, concluindo pelo baixo domínio das práticas e atuação do PSE sobre os territórios. Tendo em vista que a comunicação formal e clara levantada em outras percepções¹⁶ se opera por meio de indicadores e mensurações fundamentados, a falta dessas comunicações, alinhadas tanto nos níveis gestores como em nível de execução, podem levar à incerteza e comprometer a visão do programa.

Interações entre os setores saúde e educação no fomento da promoção de saúde escolar

O alcance e propósito dos regulamentos municipais envolveram distintos aspectos intersetoriais, interpretados com base em modelos teóricos de saúde na escola, segundo estudo de Silva e Bodstein¹³. Nos documentos municipais, coexistem esforços, de um lado, pela construção de ambientes de saúde em sintonia com os princípios da promoção da saúde e, de outro, por estabelecimentos disciplinares de hábitos de combate a agravos e adoecimentos. A maioria dos documentos de alcance municipal trouxe aspectos voltados à promoção de saúde, embora também revelasse, frequentemente, a convocação de hábitos individuais e biomédicos.

Todavia, quando se compara à evolução do distrito estudado, observa-se uma diferença substancial entre o que é regulado municipalmente e o que, de fato, se executa no território junto à comunidade escolar. A ocorrência coincide com constatações em diferentes territórios^{15,17}, percebidas como parcerias restritas à abordagem do problema e execução unilateral de ações, o que significa que a busca de outros setores para ingresso no território escolar não é precedida ou determinada por

planos e construções intersetoriais, tampouco centrada na promoção de saúde.

A prevalência de características desintegradas no distrito expõe o dilema de se operar uma política necessariamente promotora de saúde frente à ênfase de normativas limitadas e prescritivas. De fato, dificuldades semelhantes são notadas no cenário nacional, onde, mesmo frente ao conhecimento da intersectorialidade como prática estabelecida entre saúde e educação, distinguida como pilar da promoção da saúde no PSE, ela ainda não é tão estimulada em razão de entraves do cotidiano entre os setores. Há uma tentativa de consolidação de práticas intersetoriais que, na maioria das vezes, são substituídas por ações pontuais¹⁸. Essas considerações se confirmam com a posse dos dados do distrito sanitário estudado, os quais, em diversas ocasiões, concentraram abordagens temporárias no que tange a ações de higienização e escovação, divulgação de campanhas tais como o combate a dengue, alimentação saudável, desperdício de água e práticas de atividades físicas. Muitos relatórios locais acabam, assim, por confirmar os impasses do discurso político sem a operacionalização da promoção da saúde escolar¹⁸.

Em mais de uma situação, embora o Município pregue a intersectorialidade e promoção da saúde como ênfases da abordagem escolar, suas deliberações convencionavam a prescrição de ações fragmentadas, como as praticadas no território da pesquisa. Há ocasiões em que a escola é proposta como meio cumpridor de tarefas, seja para veiculação de espetáculos, palestras de combate a endemias e campanhas sazonais ou apenas como aparato concessor do espaço físico para instalação de outros equipamentos de saúde.

Estudo¹⁵ do PSE no Município também enfatizou potencialidades da ação intersectorial em textos oficiais sem repercussões nas práticas dos territórios em decorrência da falta de coesão que precede à ação intersectorial.

A análise documental atestou que nos registros políticos que regulam e anunciam o PSE também existe a subordinação entre setores

e a desconsideração da perspectiva da saúde como conceito ampliado⁴. De modo geral, a presença de questões escolares pautadas na medicalização e uso unilateral da escola, caracterizadas como subordinação de setores, foram dimensões presentes e equiparáveis em cerca de um quarto dos regimentos municipais. Essa perspectiva oscilou com picos em 2009, 2012 e 2015 – justamente o período de maior movimentação das discussões políticas locais, como conferências municipais da educação, saúde e dos direitos da criança e adolescente.

Esses achados são corroborados por outro estudo que destacou o quão complexo é para a promoção da saúde se constituir, de fato, em elemento central do PSE. Ao menos no que se refere à nova forma de pensar a saúde escolar, cuja ênfase está em fatores de ordem contextual em detrimento dos fatores comportamentais, superando planejamentos estritamente assistencialistas que confundem promoção de saúde com ações comportamentais, curativas ou de prevenção²⁰.

Município e distrito vivem momentos diferentes. Enquanto os marcos regulatórios da saúde na escola sejam ainda oscilantes, as práticas no território distrital se distanciam das premissas do compartilhamento, parceria e poder harmonicamente distribuído entre saúde e educação na promoção de saúde escolar. Percebe-se que a experiência do território local acentua o tom da perspectiva de execução e fragmentação da promoção de saúde no espaço escolar, condição presente em quase todos os documentos pesquisados. Diferentemente do que se preconizou em nível municipal, coexistem, no distrito, componentes relacionados aos mecanismos de relação verticalizada entre os setores, segundo relação ainda pautada na subordinação.

A permanência da atuação isolada foi encontrada também na análise de experiência municipal¹⁵, evidenciada na prevalência do modelo 'biologicista'. Porém, desafios dessa ordem são passíveis de resolução conforme empreendimento qualificado, que, por sua vez, depende de sólida comunicação e relações interprofissionais¹⁶.

Sobre a elaboração da escola como elemento de encaminhamento médico, em que questões escolares são situadas no campo biológico com ênfase no redirecionamento aos serviços de saúde¹³, verificou-se que, enquanto essa é uma dimensão em decréscimo nas proposições do Município, a condição perdura no distrito. Nos documentos pesquisados, a dimensão da medicalização de questões escolares se faz presente; especificamente nos anos de 2013 a 2016, a condição não oscilou e ocorreu em cerca de um quarto dos documentos distritais. Todavia, o fato dessa condição não predominar mostra fato interessante, uma vez que, sendo assim, a maioria não se dedica à medicalização, podendo também constituir indicativo de priorização de ações mais voltadas à promoção de saúde.

Entendido que a intersetorialidade implica articulação estratégica voltada à convergência de iniciativas e integração de objetivos^{2,21}, a realidade do distrito evidencia a fragilidade já estudada por Magalhães²², quando se constatou que, apesar da intersetorialidade ser valorizada no plano normativo, ações isoladas, superpostas e descontínuas são frequentes nos territórios onde opera o PSE. No distrito, algumas das práticas do PSE se processam baseadas numa relação de independência da escola frente ao setor da saúde, repassando demandas ou abrindo suas portas para ações pontuais. Mas a existência da dimensão da medicalização de questões escolares, demonstrada em um quarto dos documentos, não pode ofuscar os demais direcionamentos que se voltam à promoção de saúde. Afinal, não se trata de abolir a existência de mecanismos clínico-assistenciais na interação saúde-escola, mas de incrementar e reconstruir as possibilidades que partem dessa demanda, tornando os setores mais próximos e, principalmente, corresponsáveis no que tange à promoção da saúde escolar¹³.

Considerações finais

No campo da prática da saúde escolar, a ação intersetorial é imperativa, reconhecendo que o setor saúde isolado não abrange todas as

possibilidades de resposta para a área. As ações coordenadas entre os setores saúde e educação avançam no desenho de atos que visam à melhoria da saúde, comportamentos saudáveis, passíveis de alcance da população em geral, e em especial, a públicos prioritários que frequentam as escolas e, naturalmente, se distanciam das unidades de saúde.

No contexto estudado, o PSE no Município e distrito compõe-se como uma das iniciativas para o aumento da promoção da saúde na escola, em especial, voltada ao público que frequenta o ensino fundamental. O PSE configura recurso essencial para ajudar a se atingir a meta de redução da prevalência de agravos infanto-juvenis e aumento dos índices populacionais abordados e envolvidos em estratégias formadoras de hábitos e posturas saudáveis. Todavia, são muitos os desafios para se efetivar a intersectorialidade da saúde na escola. Para que Município e distrito consigam avançar na construção interoperativa do programa, é fundamental o uso do contexto escolar como aliado à promoção de saúde. Outro ponto consiste na inserção da participação comunitária no desenvolvimento das atividades a serem propostas na localidade, que devem ser compartilhadas e construídas em conjunto com a comunidade.

No campo da articulação da promoção de saúde e das práticas intersectoriais, destaca-se a necessidade de que as ações de saúde na escola integrem uma relação horizontal, de equivalência entre saúde e educação, expandida aos demais pontos da rede de serviços, favorecendo a resolutividade das ações. A lacuna consiste na necessidade de avançar a ação intersectorial de modo a promover ações contínuas e verdadeiramente apropriadas do discurso regulatório que evoca a promoção da saúde, mas que, frequentemente, condiciona apenas à execução de ações pontuais e desarticuladas.

Destaca-se também a parceria intermediada com diversos setores e atores na complementação de ações propostas na perspectiva do PSE, tornando os envolvidos agentes efetivamente ativos no processo. Vale aos possíveis parceiros programar ações compartilhadas

referentes ao campo da saúde escolar, de modo que se supere o automatismo das palestras ou ações pontuais, o que implica, além do processo de articulação, a responsabilização mútua em prol da saúde integral do público inserido no meio estudantil.

Outro desafio consiste em fazer avançar o desenvolvimento de ações de monitoramento das práticas intersectoriais, referentes à promoção de saúde escolar, a remodelação dos mecanismos de acesso às experiências praticadas e a definição de processos públicos voltados ao conhecimento e integração das abordagens exercidas no âmbito do PSE aos setores pertinentes. Dessas ações deriva a formalização de mecanismos favoráveis à comunicação entre setores em prol da formulação, implantação, acompanhamento ou avaliação conjunta de intervenções promotoras de saúde no cenário da escola. São ações que cabem a diversos setores, incluindo saúde, educação e os variados parceiros angariados ao longo da vigência do PSE no território.

Um dos limites do estudo é a análise fundamentada em revisão de documentos. Sabe-se que nem todas as experiências do território produzidas no âmbito do PSE do distrito encontram-se organizadas e acessíveis. Assim, empreendimentos locais potencialmente relevantes podem não ter feito parte do conjunto do estudo. Tomou-se como base análise orientada a partir dos temas promoção de saúde, articulação intersectorial, condições para a formação integral de educandos, dentre outros. O universo de documentos em análise é extenso e certamente cabem outros recortes na reconstrução desse percurso.

Como conclusão, em relação aos eixos aqui analisados, pode-se reconhecer o avanço da inserção da promoção da saúde na agenda do PSE, institucionalizando tendência crescente nos diversos mecanismos de abordagem escolar. Destacam-se os avanços na inserção de parcerias de promoção da saúde na rotina do PSE, condições destinadas aos setores saúde e educação para projetos de promoção da saúde escolar e progressos expressivos no incremento da saúde

infanto-juvenil intermediada pelo sistema público de saúde e ensino. Dentre esses, listam-se a expansão do PSE municipal, o prosseguimento na avaliação dos agravos, nas parcerias e na inovação gradativa da aproximação promotora de saúde escolar, a capacitação de recursos humanos e o fomento a mobilizações múltiplas e recíprocas. Os campos da promoção de saúde escolar e da intersectorialidade estão em processo de construção, onde Município e território ainda têm caminhos a serem percorridos, porém muitos passos já estão sendo dados.

Colaboradores

Vieira LS contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo; e participação da aprovação da versão final do manuscrito. Belisário SA contribuiu para a análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e participação da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health policy for children and adolescents, nº 7. Health behaviour in school-Aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. [internet]. 2016 [acesso em 2017 fev 11]. Disponível em: <https://euro.sharefile.com/share?#/view/sccee42340cf4a6fb>.
2. World Health Organization. School and youth health. [internet] 2017 [acesso em 2017 fev 11]. Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/en/.
3. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
4. World Health Organization. Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
5. World Health Organization. Health promotion. [internet]. [acesso em 2016 jan 6]. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/.
6. Monteiro PHN, Bizzo N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. Hist. cienc. saude-Manguinhos, 2015 jun; 22(2):411-27.
7. Barbieri A, Noma AK. Políticas públicas de educação e saúde na escola: apontamentos iniciais sobre o Programa Saúde na Escola (PSE). In: Anais do Seminário de Pesquisa do Projeto Pós-Graduação em Educação, [internet]. 2013 jun 2-13; Maringá, Paraná: UEM; 2013 [acesso em 2017 fev 11]. Disponível em: http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2013.
8. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007.

9. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2015.
10. Graciano AMC, Cardoso NMM, Mattos FF, et al. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. *Journal of Health & Biological Sciences*, 2015 mar; 3(1):34-8.
11. Brasil. Portaria interministerial MS/ME nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial da União*. 11 Jul 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Passo-a-passo: adesão Semana Saúde na Escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2013.
13. Silva CS, Bodstein RCA. A theoretical framework on intersectoral practice in school health promotion. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 jun. [acesso em 2016 set 16]; 21(6):1777-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1777.pdf>.
14. Gil AC. Delineamento da Pesquisa: Pesquisa Documental. In: Gil AC. *Métodos e técnica de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 49- 59.
15. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, et al. Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 23]; 34 (5):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00104217.pdf>.
16. Tooher R, Collins J, Braunack-Mayer A, et al. Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives, *Health Promotion International* [internet]. 2017 [acesso em 2018 set 23]; 32(2):312-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav120>.
17. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 set 23]; 22 (6):1781-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1781.pdf>.
18. Farias ICV, Franco de Sá RMP, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. bras. educ. med.*, [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 4]; 40(2):261-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0261.pdf>.
19. Dias MAS, Vieira FMBR, Silva LCC, et al. Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 4]; 21(6):1789-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1789.pdf>.
20. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contextos* [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 4]; 14(2):387-402. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>.
21. Bernardi AP, D' Andréa AIR, Zampirolo DA, et al. Intersetorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública. *Sau. & Transf. Soc.* [internet]. [acesso em 2016 jan 28]; 1(1):137-4 Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319560020>.
22. Magalhães R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersectoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015; [acesso em 2017 mar 4]; 31(7):1427-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1427.pdf>.

Recebido em 09/04/ 2017

Aprovado em 03/10/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Fatores associados à prática de Atividade Física na população brasileira – Vigitel 2013

Factors associated with the practice of Physical Activity in the Brazilian population – Vigitel 2013

Rony Carlos Rodrigues Las Casas¹, Regina Tomie Ivata Bernal², Alzira de Oliveira Jorge³, Elza Machado de Melo⁴, Deborah Carvalho Malta⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S410

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS) – Diamantina (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2718-2807>
ronylascasas@gmail.com

²Faculdade de Informática e Administração Paulista (Fiap) – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>
rbernal@usp.br

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1366-1732>
alzira.o.jorge@gmail.com

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzammelo@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>
dcmalta@uol.com.br

RESUMO O artigo teve como objetivo analisar a associação entre a Atividade Física no Tempo Livre e as variáveis selecionadas nas capitais brasileiras. Foram analisadas informações do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, referentes ao ano de 2013, em uma amostra de 54 mil adultos nas capitais do Brasil. As Razões de Prevalências foram ajustadas segundo idade, sexo e escolaridade, utilizando-se regressão de Poisson com seus Intervalos de Confiança a 95%. A prevalência da prática de Atividade Física no Tempo Livre foi de 33,8% (IC95%: 33,0-34,6), sendo maior entre homens (41,2%) (IC95%: 39,9-42,6) do que entre mulheres (27,4%) (IC95%: 26,5-28,3). Ser mais jovem, do sexo masculino, com maior escolaridade, da cor branca, possuir plano de saúde, não fumar e consumir o recomendado de frutas e hortaliças aumentaram a chance da prática da Atividade Física no Tempo Livre. Observou-se ainda que eutróficos e sobrepeso são mais ativos, obesos praticam menos Atividade Física. Conclui-se que a Atividade Física é benéfica à saúde, tornando-se importante investir em políticas públicas de promoção à saúde, visando criar oportunidades de inclusão social e equidade em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Exercício. Atividades de lazer. Prevenção de doenças. Doenças crônicas não transmissíveis. Promoção da saúde.

ABSTRACT *The article aims to analyze the association between Leisure Time Physical Activity and health variables in Brazilian capitals. Data from the National Surveillance System for Chronic Diseases by Telephone Survey, regarding the year 2013, were analyzed in a sample of 54,000 adults in Brazilian capitals. The Prevalence Ratios were adjusted according to age, gender and education by Poisson regression with their 95% Confidence Intervals. The prevalence of Leisure Time Physical Activity was 33.8% (95% CI: 33.0-34.6), being higher among men 41.2% (95% CI: 39.9-42, 6) than among women 27.4% (95% CI: 26.5-28.3). Being younger, more educated, of white color, having a health insurance, not smoking, and consuming the recommended fruit and vegetables increased the chance of practicing Leisure Time Physical Activity. It was also observed that the eutrophic and the overweight are more active, the obese practice less Physical Activity. It is concluded that Physical Activity is beneficial to health, making it important to invest in public health promotion policies aimed at creating opportunities for social inclusion and equity in health.*

KEYWORDS *Exercise. Leisure activities. Disease prevention. Noncommunicable Diseases. Health promotion.*



Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morbimortalidade no mundo¹. Os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, os fatores não modificáveis (sexo, idade, herança genética) e os modificáveis (estilos de vida) são considerados determinantes sociais da saúde, das DCNT e da Atividade Física (AF)²⁻⁴.

Os estilos de vida não saudáveis são advindos da vida moderna, sendo caracterizados pela maior utilização do tabaco, pelo aumento no consumo abusivo de bebida alcoólica, por um comportamento sedentário determinado pelo aumento do tempo de tela (televisão, jogos eletrônicos, telefones celulares) e por um comportamento alimentar inadequado, com predomínio da ingestão de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar, sal, alimentos ultraprocessados; juntamente com a redução no consumo da dieta tradicional brasileira, mais saudável².

Existem evidências científicas de que ações de promoção à saúde, cuidado e prevenção podem reduzir essas doenças^{2,3}. A prática regular da AF é um importante aliado no enfrentamento das DCNT, podendo ser entendida como qualquer movimento corporal realizado por músculos esqueléticos que gera um dispêndio energético maior do que os níveis de repouso realizados no lar, no trabalho, no deslocamento e nos períodos de tempo livre⁵.

A AF regular, principalmente no tempo livre, pode agregar inúmeros benefícios à saúde (melhora da resistência cardiorrespiratória, da composição corporal, da força, da resistência muscular e da flexibilidade) e às habilidades (agilidade, velocidade, potência, equilíbrio, coordenação e tempo de reação)⁶.

A inatividade física foi responsável pela morte de 3,2 milhões de pessoas ao ano, contribuindo para o crescimento de 20% a 30% na incidência de DCNT. Tal situação, além de acarretar aumento no investimento em saúde, aponta para a necessidade de ações de saúde pública, no sentido de um planejamento estratégico, com objetivos e metas claramente

definidos, visando ao enfrentamento desse crescente problema de saúde^{1,7,8}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em adultos, a prática de 75 minutos semanais de AF intensa ou de 150 minutos semanais de AF moderada está relacionada com a contenção do aumento das DCNT e seus fatores associados, podendo, ainda, auxiliar no controle da pressão arterial e do diabetes mellitus; diminuir o colesterol sérico; as ocorrências de câncer de mama e de cólon, sendo relevante também para a redução do estresse e da depressão^{2,3,7,9}.

É importante ressaltar que, além desses benefícios associados às dimensões biológicas e psicológicas, a AF propicia também interação e sociabilidade atuando, assim, na dimensão social¹⁰.

Na tese da colonização do mundo da vida de Habermas, a perda da interação e da sociabilidade produz individualismo metodológico na esfera privada e apatia na esfera pública, com a produção de importantes patologias sociais, como perda de sentido, anomia e psicopatologias¹¹. Portanto, a AF poderia representar importante estratégia de superação desses *deficit*, trazendo efeitos para a promoção de saúde das populações em seus vários ciclos de vida.

Existem poucos estudos que realizaram um monitoramento populacional dos níveis de AF que, em geral, além de ser um tema recente abordado na literatura, ficam concentrados nos países desenvolvidos⁹.

No Brasil, desde 2006, o Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) vem coletando dados em todas as 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal¹². O objetivo do Vigitel é monitorar continuamente fatores de risco de DCNT na população adulta (≥ 18 anos).

O monitoramento de indicadores da AF em âmbito populacional é essencial para subsidiar e apoiar políticas e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Conhecê-los permite o enfrentamento das DCNT, além de subsidiar estudos que verifiquem a relação custo-efetividade incremental das boas práticas de AF^{1,3}. Entre os indicadores monitorados no Vigitel,

citam-se aqueles relativos à Atividade Física no Tempo Livre (AFTL), no deslocamento, inatividade física em quatro domínios e de tempo assistindo televisão¹².

O objetivo do presente estudo foi identificar associações da prática da AFTL com características sociodemográficas, estilo de vida, Índice de Massa Corporal (IMC), doenças crônicas autorreferidas e avaliação do estado de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, contendo análise das informações obtidas pelo Vigitel, realizado em 2013 com a população adulta (≥ 18 anos de idade) nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. O Vigitel utiliza amostras probabilísticas da população adulta nas capitais a partir do cadastro das linhas de telefone fixo das cidades. Foram realizadas cerca de 54 mil entrevistas, sendo 2 mil em cada capital e no Distrito Federal, das linhas residenciais ativas elegíveis. Pesos pós-estratificação foram utilizados para cada indivíduo entrevistado pelo Vigitel, de forma a padronizar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos de cada capital e do Distrito Federal. Esses pesos atribuídos visam homogeneizar a composição sociodemográfica da população total e da população com telefone nas variáveis sexo, faixa etária e nível de instrução.

A partir de 2012, os pesos pós-estratificação de cada indivíduo da amostra Vigitel foram calculados pelo método Rake, utilizando rotina específica do programa Stata Statistical Software¹³. Esse método utiliza procedimentos iterativos com sucessivas comparações entre estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica na amostra Vigitel e na população total da cidade.

O questionário do Vigitel engloba, aproximadamente, 94 questões divididas em módulos, como características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos; padrão de alimentação e de AF; peso e altura referidos; morbidade referida; entre outros¹².

O desfecho analisado (variável dependente) foi à prática de AFTL. Esse indicador foi estimado a partir das questões: ‘Nos últimos três meses, o (a) Sr. (a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?’; ‘Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o (a) Sr. (a) praticou?’; ‘O (a) Sr. (a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?’; ‘Quantos dias por semana o (a) Sr. (a) costuma praticar exercício físico ou esporte?’ e ‘No dia que o (a) Sr. (a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo durou esta atividade?’.

O cálculo considerou o número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de AF de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos semanais de AF de intensidade vigorosa/número de indivíduos entrevistados, independentemente do número mínimo de dias na semana para a prática da AF⁷.

Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada. Corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa¹².

Foram realizadas análise bivariada e cálculo de prevalência da prática de AFTL com Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}). Calculou-se a Razão de Prevalência (RP) pelo método de regressão de Poisson com variância robusta, brutas e ajustadas segundo idade, sexo e escolaridade para a população adulta total e por idade e escolaridade em cada categoria de sexo. O ajuste foi realizado com intuito de controlar a influência dessas variáveis nas estimativas.

As variáveis explicativas estudadas foram: características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, raça/cor e ter plano de saúde), fatores de risco para as DCNT (tabaco, IMC e consumo abusivo de bebida alcoólica), fatores de proteção para as DCNT (consumo recomendado de frutas e hortaliças – cinco ou mais porções diárias e por semana), doença crônica autorreferida (diabetes, hipertensão, colesterol elevado e doenças crônicas associadas).

Para o processamento dos dados e análises, utilizou-se o aplicativo Stata versão 12.114. Este

estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) em seres humanos, sob os pareceres 13.081 de 2008 e 355.590 de 2013.

Resultados

No conjunto das 27 capitais do País, a prevalência da prática de AFTL equivalente a 150 minutos de atividade moderada ou 75 minutos de atividade intensa por semana foi de 33,8% (IC_{95%}: 33,0-34,6), sendo maior entre homens (41,2%) (IC_{95%}: 39,9-42,6) do que entre mulheres (27,4%) (IC_{95%}: 26,5-28,3). Em todas as faixas etárias, a frequência dessa condição foi maior entre os homens. No entanto, em ambos os sexos, observou-se redução da prática de AFTL com o aumento da idade, sendo 49,7% (IC_{95%}: 47,41-51,99) para 18 a 24 anos; 39,28% (IC_{95%}: 37,39-41,17) entre 25 e 34 anos e chegando a 22,34% (IC_{95%}: 20,71-23,96) para 65 anos e mais. Essa redução ocorreu em ambos os sexos, sendo mais acentuada entre os homens.

Os níveis de AFTL aumentaram com o nível de escolaridade em ambos os sexos, sendo que entre 0 e 8 anos de escolaridade foi de 22,02% (IC_{95%}: 20,76-23,28); de 9 a 11 anos de escolaridade foi de 37,18% (IC_{95%}: 35,89-38,46)

e 12 anos e mais de escolaridade foi de 45,41% (IC_{95%}: 43,84-46,98). Mulheres brancas foram mais ativas (30,48%) (IC_{95%}: 28,93-32,03), em comparação com mulheres pretas e pardas. Populações com plano de saúde são mais ativas, sendo que a frequência foi de 39,27% (IC_{95%}: 38,11-40,44) em comparação aos que não possuem plano, que foi de 28,81% (IC_{95%}: 27,72-29,9). O não fumante é mais ativo, comparado com o ex-fumante e o fumante, sendo que as frequências foram, respectivamente, 36,37% (IC_{95%}: 35,38-37,36); 30,12% (IC_{95%}: 28,51-31,73) e 25,4% (IC_{95%}: 22,9-27,9) (tabela 1).

Pessoas eutróficas ou com sobrepeso são mais ativas, com, respectivamente, 34,59% (IC_{95%}: 33,42-35,75) e 35,97% (IC_{95%}: 34,57-37,36), do que as pessoas obesas 27,27% (IC_{95%}: 25,48-29,05). Indivíduos que consomem o recomendado, como cinco ou mais porções diárias ou dias por semana de frutas e hortaliças, são mais ativos – 38,34% (IC_{95%}: 37,15-39,53) e 43,17% (IC_{95%}: 41,49-44,85) respectivamente – do que aqueles que não consomem. Ao contrário, aqueles que apresentam consumo abusivo de bebida alcoólica foram mais ativos (41,5%) (IC_{95%}: 39,33-43,68). As pessoas que possuem mais doenças crônicas, hipertensão, diabetes e colesterol elevado, em geral, praticam menos AFTL.

Tabela 1. Prevalência de adultos (+ de 18 anos) que praticavam atividade física suficiente no tempo livre segundo sexo*. Conjunto da população das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Variáveis	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Total	33,8	33	41,2	39,9	27,4	26,5
Idade (anos)						
18 a 24	49,70	47,41	63,55	60,42	34,51	31,54
25 a 34	39,28	37,39	48,05	45,12	30,66	28,32
35 a 44	29,58	27,90	34,20	31,30	25,86	23,92
45 a 54	27,34	25,70	29,48	26,75	25,63	23,65
55 a 64	26,64	24,86	28,42	25,48	25,35	23,17
65 e mais	22,34	20,71	26,23	23,33	19,87	17,92
Escolaridade (anos)						
0 a 8	22,02	20,76	25,10	23,00	19,31	17,84
9 a 11	37,18	35,89	48,40	46,36	27,26	25,77
12 e mais	45,41	43,84	54,30	51,79	38,44	36,50

Tabela 1. (cont.)

Raça/cor^a									
Branca	35,48	34,20	36,75	41,75	39,64	43,87	30,48	28,93	32,03
Preta	32,11	29,58	34,64	41,78	37,53	46,03	23,03	20,34	25,73
Parda	33,99	32,65	35,32	43,63	41,40	45,86	25,57	24,07	27,06
Plano de saúde									
Sim	39,27	38,11	40,44	47,12	45,20	49,03	32,91	31,50	34,32
Não	28,81	27,72	29,90	36,18	34,35	38,01	22,22	20,98	23,45
Tabagismo									
Não fumante	36,37	35,38	37,36	47,01	45,28	48,74	28,85	27,73	29,96
Ex-fumante	30,12	28,51	31,73	33,58	31,20	35,97	26,12	24,01	28,23
Fumante	25,40	22,90	27,90	30,59	26,95	34,23	17,95	14,91	20,98
IMC									
Normal	34,59	33,42	35,75	42,62	40,59	44,65	28,68	27,34	30,02
Sobrepeso	35,97	34,57	37,36	43,17	41,01	45,32	28,29	26,59	29,98
Obesidade	27,27	25,48	29,05	33,41	30,42	36,40	22,03	19,95	24,11
Consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 ou mais porções diárias)									
Sim	38,34	37,15	39,53	46,13	44,15	48,10	31,88	30,47	33,29
Não	29,38	28,30	30,45	36,65	34,87	38,43	22,98	21,73	24,23
Consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 ou mais dias por semana)									
Sim	43,17	41,49	44,85	51,37	48,32	54,43	38,21	36,26	40,15
Não	30,86	29,95	31,76	38,78	37,31	40,25	23,35	22,29	24,40
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas									
Não	32,24	31,39	33,10	39,91	38,39	41,43	26,75	25,77	27,72
Sim	41,50	39,33	43,68	45,28	42,54	48,02	33,45	30,04	36,87
Hipertensão									
Não	36,47	35,51	37,43	44,12	42,57	45,67	29,50	28,35	30,65
Sim	25,23	23,88	26,59	30,57	28,12	33,02	21,52	19,99	23,04
Diabetes									
Não	34,51	33,67	35,35	42,13	40,75	43,52	27,96	26,97	28,94
Sim	23,59	20,97	26,20	27,97	23,36	32,58	20,20	17,24	23,16
Colesterol									
Não	34,91	33,98	35,83	42,60	41,11	44,09	27,85	26,74	28,95
Sim	29,26	27,70	30,82	34,54	31,66	37,41	25,89	24,12	27,65
Nº de doenças crônicas									
0	37,10	36,02	38,17	45,16	43,45	46,86	29,49	28,18	30,79
1	30,04	28,61	31,46	35,30	32,84	37,77	26,02	24,36	27,67
2 ou 3	23,85	21,96	25,75	28,56	24,96	32,16	20,90	18,80	22,99

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da Vigitel, 2013.

*A prevalência da prática de atividade física no tempo livre equivale a 150 minutos de atividade moderada ou 75 minutos de atividade intensa por semana.

^a Excluídas as categorias cor da pele amarela, vermelha, não sabe e não quis informar.

Nota: percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2012.

As razões de prevalência apresentadas na *tabela 2* foram ajustadas por idade, sexo e escolaridade. Descrevem a magnitude das associações da prática da AFTL às variáveis explicativas. Em relação à idade, tomando-se como referência a faixa etária de 18 a 24 anos, verificou-se uma redução da prática de AFTL com o aumento da idade. Os indivíduos entre 25 e 34 anos apresentaram RP de 0,76 (IC_{95%}: 0,72-0,81) reduzindo com a idade de 65 anos ou mais para RP de 0,6 (IC_{95%}: 0,55-0,65). A prática de AFTL aumentou com a escolaridade. Comparados a indivíduos com até 8 anos de escolaridade, aqueles com 9 a 11 anos e 12 anos ou mais apresentaram, respectivamente, a RP de 1,48 (IC_{95%}: 1,37-1,58) e 1,83 (IC_{95%}: 1,7-1,96). Comparadas com as de cor branca, as mulheres da cor parda e preta são menos ativas, com RP de 0,87 (IC_{95%}: 0,81-0,94) e 0,8 (IC_{95%}: 0,7-0,91) respectivamente. Os homens que não possuem

plano de saúde são mais ativos, com RP de 1,1 (IC_{95%}: 1,04-1,19); e as mulheres sem planos de saúde são menos ativas, com RP de 0,77 (IC_{95%}: 0,72-0,84). Os fumantes de ambos os sexos praticam menos AFTL, com RP de 0,74 (IC_{95%}: 0,67-0,81) (*tabela 2*).

Comparadas com as pessoas eutróficas, aquelas em sobrepeso são mais ativas, com RP de 1,08 (IC_{95%}: 1,03-1,14); e pessoas com obesidade, menos ativas, com RP de 0,88 (IC_{95%}: 0,82-0,95). Essa relação se mantém para homens e mulheres. Em ambos os sexos, a prática de AFTL é maior naqueles que consomem frutas e hortaliças. Mulheres que consomem abusivamente bebida alcoólica praticam mais AFTL, com RP de 1,13 (IC_{95%}: 1,02-1,25). Não foram observadas diferenças na prática de AFTL para indivíduos com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e número de doenças crônicas).

Tabela 2. Intervalo de Confiança (95%) para razões de prevalência de adultos (+ de 18 anos) que praticavam atividade física suficiente no tempo livre segundo sexo. Conjunto da população das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Variáveis	Total			Masculino		Feminino			
	RP*	IC95%	IC95%	RP**	IC95%	RP***	IC95%	IC95%	
Idade (anos)									
18 a 24	1,00			1,00			1,00		
25 a 34	0,76	0,72	0,81	0,72	0,66	0,78	0,86	0,77	0,96
35 a 44	0,65	0,60	0,69	0,58	0,52	0,63	0,78	0,70	0,87
45 a 54	0,62	0,57	0,66	0,50	0,45	0,55	0,82	0,73	0,91
55 a 64	0,64	0,59	0,69	0,50	0,45	0,56	0,86	0,76	0,97
65 e mais	0,60	0,55	0,65	0,50	0,45	0,56	0,76	0,66	0,86
Escolaridade (anos)									
0 a 8	1,00			1,00			1,00		
9 a 11	1,48	1,37	1,58	1,60	1,45	1,77	1,32	1,19	1,46
12 e mais	1,83	1,70	1,96	1,83	1,66	2,03	1,85	1,68	2,05
Raça/cor^a									
Branca	1,00			1,00			1,00		
Preta	0,94	0,86	1,02	1,06	0,95	1,18	0,80	0,70	0,91
Parda	0,98	0,93	1,03	1,07	1,00	1,15	0,87	0,81	0,94
Plano de saúde									
Sim	1,00			1,00			1,00		
Não	0,84	0,80	0,88	1,11	1,04	1,19	0,77	0,72	0,84

Tabela 2. (cont.)

Tabagismo									
Não fumante	1,00			1,00			1,00		
Ex-fumante	0,96	0,91	1,02	0,94	0,87	1,02	1,04	0,95	1,13
Fumante	0,74	0,67	0,81	0,76	0,67	0,85	0,69	0,58	0,82
IMC									
Normal	1,00			1,00			1,00		
Sobrepeso	1,08	1,03	1,14	1,08	1,01	1,15	1,08	1,01	1,17
Obesidade	0,88	0,82	0,95	0,87	0,79	0,96	0,89	0,80	0,99
Consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 ou mais porções diárias)									
Sim	1,00			1,00			1,00		
Não	0,75	0,70	0,80	0,83	0,78	0,88	0,75	0,70	0,80
Consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 ou mais dias por semana)									
Sim									
Não	0,70	0,67	0,73	0,78	0,73	0,83	0,63	0,59	0,67
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	1,05	1,00	1,12	1,03	0,96	1,10	1,13	1,02	1,25
Hipertensão									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	0,95	0,89	1,01	0,97	0,89	1,06	0,92	0,84	1,00
Diabetes									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	0,97	0,86	1,09	1,00	0,84	1,20	0,93	0,80	1,09
Colesterol									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	1,01	0,95	1,07	0,94	0,87	1,03	1,06	0,98	1,14
Nº de doenças crônicas									
0	1,00			1,00			1,00		
1	0,97	0,92	1,03	0,95	0,88	1,03	1,00	0,92	1,08
2 ou 3	0,97	0,89	1,07	0,96	0,84	1,10	0,96	0,85	1,08

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da Vigitel, 2013.

* RP ajustada por idade, sexo e escolaridade.

** RP ajustada por idade e escolaridade.

ª Excluídas as categorias cor da pele amarela, vermelha, não sabe e não quis informar.

Nota: Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2012.

Discussão

O estudo atual apontou que a prevalência da AFTL foi de cerca de um terço da população adulta. Ser mais jovem, do sexo masculino, com maior escolaridade, da cor branca, possuir

plano de saúde, não fumar e consumir o recomendado de frutas e hortaliças aumentam a chance da prática da AFTL. Observou-se ainda que as pessoas eutróficas e as com sobrepeso são mais ativas, as pessoas com obesidade praticam menos AF.

De acordo com o estudo de Malta et al.¹⁵, existe uma tendência de aumento no nível de AF nas capitais brasileiras, diferentemente da atividade de deslocamento, que se encontra com tendência de queda. Sabe-se que a AFTL confere maiores benefícios à saúde e às habilidades esportivas⁷. A OMS estabelece como meta reduzir o sedentarismo da população, o que resultaria em melhor qualidade de vida, considerando não apenas os efeitos biológicos e psíquicos como também os efeitos sociais^{8,16}. Para tal, têm sido preconizados programas públicos de acesso e incentivo às práticas corporais regulares que podem melhorar a saúde da população e reduzir as DCNT^{3,7,17}.

É conhecido que, com o processo de envelhecimento, ocorre um declínio nos níveis de AFTL¹⁵, conforme observado no atual estudo. Evidências têm demonstrado que crianças e adolescentes que praticam AF tendem a se tornar adultos ativos, o que contribuirá para o envelhecimento também ativo e saudável¹⁸.

Semelhante ao encontrado na presente pesquisa, Pan et al.¹⁹ demonstraram que quanto mais elevado é o nível de escolaridade, maiores serão as possibilidades, facilidades e acesso a equipamentos, a locais públicos e privados adequados e seguros para a prática da AFTL^{3,15}, alertando para a necessidade de investir em espaços que incentivem a prática de AF, acessíveis à população de baixa escolaridade e renda^{15,17}.

Em relação à raça/cor, verificaram-se diferenças significativas para as mulheres negras e pardas, que apresentaram uma associação inversa com a AFTL, mesmo quando ajustado por idade e escolaridade. Esses achados foram também relatados em outros estudos, indicando uma desigualdade em relação à raça/cor nas oportunidades de prática de AF e o quanto algumas vulnerabilidades têm consequências sobre o estado de saúde das populações²⁰.

No estudo atual, diferentemente dos homens, mulheres sem plano de saúde foram menos ativas. Malta e Bernal²¹ apontam que ter plano de saúde está fortemente associado à maior escolaridade; assim como pode ser considerada a relação de um *proxy* de renda

e maior escolaridade à maior prática de AF. Torna-se importante elaborar políticas públicas que minimizem as iniquidades ao sexo feminino, oportunizando maior disponibilidade de tempo livre, engajamento nas AFTL e vivências corporais que favoreçam uma cultura do movimento e maior participação social²⁰.

O presente estudo apontou uma associação inversa entre tabaco e AF, confirmando que o fumo se associa com maiores riscos à saúde^{1,8,22}.

Os indivíduos eutróficos e os que apresentaram sobrepeso foram mais ativos; e, ao contrário, os obesos foram menos ativos. Os estudos demonstram que a prática de AF é benéfica em todas as idades, além de ser fundamental para o controle do peso, aliada a uma alimentação saudável^{2,22}. Esses fatores podem motivar pessoas com sobrepeso a manter uma rotina de exercícios. Ao contrário, nem sempre é fácil incorporar a prática corporal à rotina diária do indivíduo com obesidade, pois, na maioria dos casos, eles possuem falta de condicionamento físico⁷. Torna-se necessária a construção de políticas públicas que priorizem estratégias e ações para o enfrentamento da obesidade e que atuem de forma integrada para mudanças de comportamento sobre os determinantes e condicionantes dessa doença, como, por exemplo, o Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o ‘Guia alimentar para a população brasileira’ e o Programa Academia da Saúde^{1,8,22,23}.

O consumo recomendado de frutas e hortaliças, tanto diariamente quanto semanalmente, neste estudo, mostrou estar relacionado com a prática regular de AF, o que tem sido confirmado por outros trabalhos. Dessa forma, aliar uma boa orientação de AF com uma alimentação saudável, principalmente de frutas e vegetais, torna-se uma das melhores apostas e estratégias para melhoria da saúde, para a redução da mortalidade, além de economia aos cofres públicos, devido ao custo-benefício^{22,23}.

Estudos associaram o uso de bebida alcoólica de forma abusiva à inatividade física no tempo livre e a fatores de risco para as DCNT²⁴, discordando do estudo atual. Além disso, o

consumo analisado no Vigitel sobre beber de forma abusiva, em *binge*, é mais comum em pessoas mais jovens, mais propensas a essa prática. Entretanto, quando ajustado por idade, escolaridade e sexo, só se manteve significativo para as mulheres, podendo ser entendido em função de possíveis mudanças de comportamento das mulheres e de maior aproximação delas de práticas antes consideradas essencialmente masculinas²⁵. Entretanto, recomenda-se novos estudos para confirmar esse achado.

As DCNT (hipertensão, diabetes, colesterol elevado e duas ou mais DCNT), após ajustes por idade, sexo e escolaridade, não apresentaram associação significativa com a AFTL, embora haja evidências descritas sobre o benefício da inclusão da AF no controle dessas doenças^{18,22,23}.

Dentre os limites do estudo, cita-se a avaliação da AF feita por meio de informação autorreferida, que poderia superestimar uma prática considerada desejável. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre as variáveis. Por outro lado, vale salientar que a amostra é de tamanho suficiente para permitir a estratificação por sexo e possibilitar análises quanto à AFTL aqui detectadas. A variável aqui analisada, consumo de álcool abusivo, é mais frequente em populações jovens, podendo associar-se a essa faixa etária e aos comportamentos comuns nessa idade da vida, como a AFTL.

Considerações finais

Conclui-se que a AFTL se associa a fatores sociodemográficos, como ser mais jovem, homem, com elevada escolaridade, cor branca, com planos de saúde; e a hábitos saudáveis, tais como não fumar e consumir frutas e hortaliças. Dessa forma, torna-se relevante investir em políticas públicas de promoção à saúde e de redução de desigualdades em saúde. A OMS e o Ministério da Saúde fomentam estrategicamente programas e projetos, como as academias da saúde e o ‘Guia alimentar da população brasileira’, para o enfrentamento da pandemia do sedentarismo e a má alimentação. Tais estratégias possibilitam hábitos saudáveis, refletindo positivamente em oportunidades de inclusão social, equidade em saúde e aumento na expectativa de vida da população brasileira^{1,4,8,22,23}.

Colaboradores

Las Casas RCR, Bernal RTI, Jorge AO, Melo EM, Malta DC contribuíram substancialmente para a concepção, para o planejamento e para a análise dos dados descritos neste manuscrito; assim como para a elaboração do manuscrito e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: MS; 2011.
2. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2004.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.
4. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, et al. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health*. 2006; 27:297-322.
5. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985; 100(2):126-131.
6. Nieman DC. Exercício e saúde. São Paulo: Manole; 1999.
7. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
8. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO; 2011.
9. United States of America. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. Washington: HHS; 2008.
10. Lages SMRN, Emygdio RF, Monte ASI, et al. Motivation and self-esteem in university students' adherence to physical activity. *Rev Salud Pública*. 2015; 17(5):677-688.
11. Habermas J. Teoría de La Accion Comunicativa. Madrid: Taurus; 1987.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: MS; 2007.
13. Izrael D, Hoaglin DC, Battaglia MP. A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample: Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference. SAS Institute Inc. 2000; 275:1350-1355.
14. Stata Corporation. Stata Statistical Software: Release 12.1. Stata Corporation: College Station. Texas: Stata; 2012.
15. Malta DC, Andrade S, Santos M, et al. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2015; 20(2):141-151.
16. Santos ALP, Simões AC. Educação Física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. *Saúde Soc*. 2012; 21(1):181-192.
17. Malta DC, Silva JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet*. 2012; 380(9838):195-196.
18. Shah RV, Murthy VL, Colangelo LA, et al. Association of fitness in young adulthood with survival and cardiovascular risk: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(1):87-95.
19. Pan SY, Cameron C, DesMeules M, et al. Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2009; 9(1):21-33.
20. Ray R. An intersectional analysis to explaining a lack of physical activity among middle class black women. *Sociol Compass*. 2014; 8(6):780-791.
21. Malta DC, Bernal RTI. Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17:241-255.

22. Bloom DE, Chisholm D, Jané-Llopis E, et al. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable disease in low-and middle-income countries. Geneva: WHO; 2011.
23. Lopes A, Ferreira A, Mendonça R, et al. Estratégia de promoção à saúde: programa academia da cidade de Belo Horizonte. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2016; 21(4):381-386.
24. Balbinot AD, Araujo RB, Alves GSL. Níveis de atividade física e uso de substâncias psicoativas em adolescentes escolares da região metropolitana de Porto Alegre. *Clinic Biomed Research*. 2013; 33(3-4).
25. Machado ÍE, Lana FCF, Felisbino-Mendes MS, et al. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(7):1449-1459.

Recebido em 30/04/ 2017

Aprovado em 24/11/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Fatores sociodemográficos e comportamentos de risco associados ao consumo do álcool: um recorte do Erica

Socio-demographic factors and risk behaviors associated with alcohol consumption: a cutout of the Erica study

Luciana Ramos de Moura¹, Karine Ferreira dos Santos², Hebert Geraldo de Souza³, Matilde Meire Miranda Cadete⁴, Cristiane de Freitas Cunha⁵

DOI: 10.1590/0103-110420185411

¹Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1348-7041>
lulyramos29@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3301-4631>
kakaferreira@gmail.com

³Fundação de Educação para o Trabalho de Minas Gerais (Utramig) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4570-7301>
hebertg.souza@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8946-1863>
matilde@nescon.medicina.ufmg.br

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2216-7904>
cristianedefreitascunha@gmail.com

RESUMO O uso de álcool impacta a morbimortalidade na adolescência. Assim, este estudo objetivou identificar a relação entre álcool, variáveis sociodemográficas e comportamentos de risco entre adolescentes do município de Belo Horizonte. Realizaram-se análise descritiva e testes de associação e regressão logística a partir dos dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares na Adolescência (Erica). Foi encontrado um consumo de álcool por 22,1% dos adolescentes. Os resultados da análise multivariada revelaram que não usar o Anticoncepcional Oral (ACO) na última relação aumentou 3,5 vezes as chances de o adolescente fazer uso de bebida alcoólica (OR: 3,5 IC95% 2,49-4,91). Fumar aumentou 7,25 vezes as chances de o adolescente fazer uso de bebida alcoólica (OR: 7,25 IC95% 3,7-14,22). Adolescentes do sexo masculino possuem 1,47 vezes mais chances de consumir bebidas alcoólicas que as meninas (OR: 1,47 IC95% 1,14-1,89). O avançar da idade aumenta 1,36 vezes a chance de o adolescente fazer uso de álcool (OR: 1,36 IC95% 22-1,51). Apresentar maior valor de proxy de riqueza aumentou 1,04 vezes a chance de o adolescente consumir bebida alcoólica (OR: 1,04 IC95% 1,01-1,07). Assim, conclui-se que as ações em saúde voltadas para a prevenção do consumo do álcool entre adolescentes devem contemplar as diferenças entre as classes sociais, o gênero e a idade, bem como a prevenção do tabagismo e a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

PALAVRAS-CHAVE Comportamento do adolescente. Etanol. Assunção de riscos. Anticoncepção.

ABSTRACT Alcohol use impacts morbimortality in adolescence. Thus, this study aimed at identifying the relationship between alcohol, sociodemographic variables and risk behaviors among adolescents from the city of Belo Horizonte. Descriptive analysis and association tests and logistic regression were performed based on the data from the Study of Cardiovascular Risk in Adolescents (Erica). Alcohol consumption was found in 22.1% of the adolescents. The results of the multivariate analysis revealed that not using Oral Contraceptive (OC) in the last relation increased by 3.5 times the odds of adolescents consuming alcoholic beverage (OR: 3.5 CI95% 2.49-4.91). Smoking increased the chances of teenagers making use of alcoholic beverage by 7.25 times (OR: 7.25 CI95% 3.7-14,22). Male adolescents are 1.47 times more likely to consume alcoholic beverages than girls (OR: 1.47 CI 95% 1.14-1.89). Ageing increases 1.36



times the chance of adolescents using alcohol (OR: 1.36 CI95% 22-1.51). Presenting higher value of wealth proxy increased 1.04 times the chance of adolescents consuming alcoholic beverage (OR: 1.04 95% CI 1.01-1.07). Thus, it is concluded that health actions aimed at preventing alcohol consumption among adolescents should contemplate the differences between social classes, gender and age, as well as prevention of smoking and the promotion of sexual and reproductive health.

KEYWORDS Adolescent behavior. Ethanol. Risk-taking. Contraception.

Introdução

A cada dia, um grande número de adolescentes apresenta condutas que os colocam em risco para as principais causas de morbimortalidade dessa faixa etária¹. São os chamados Comportamentos de Risco em Saúde (CRS). Entre eles, estão a inatividade física, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e hábitos alimentares inadequados, afetando um número cada vez mais expressivo de jovens em diferentes países. Entre os CRS, o consumo de álcool merece destaque, uma vez que, anualmente, 1,7 milhão de adolescentes no mundo perde a vida de forma violenta, a maioria pelo uso dessa substância ou associado ao uso de outras drogas². Entre os adolescentes, o álcool é, ainda, um dos responsáveis pelo aumento dos acidentes e óbitos por causas externas³.

Apesar dos riscos que apresenta à saúde do adolescente, o álcool é a substância psicotrópica legalizada mais utilizada por adolescentes no Brasil (onde a comercialização é permitida a partir dos 18 anos de idade)⁴ e no mundo. A iniciação costuma ocorrer precocemente, em idade inferior a 12 anos, com a família e os amigos, em festas, bares e *shoppings*³. Seu consumo causa prejuízos ao desenvolvimento cerebral, favorece a impulsividade e os comportamentos de risco, com repercussões até a vida adulta⁵.

Importante destacar a interferência do álcool em outros comportamentos de risco e agravos à saúde. Autores afirmam que os

adolescentes, sob o efeito do álcool, estão mais vulneráveis ao tabagismo, ao uso de drogas ilícitas e ao sexo desprotegido⁶. Estão ainda mais vulneráveis aos acidentes de trânsito, homicídios e suicídios⁷.

Nas últimas décadas, vários avanços relacionados ao controle do consumo de álcool ocorreram no Brasil. Um exemplo é a proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos: vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou adolescente, ainda que gratuitamente, é passível de multa e detenção por dois a quatro anos⁴. Apesar dos avanços, o uso do álcool entre jovens ainda merece atenção, tendo em vista sua prevalência e os agravos associados. Diante do exposto, o presente estudo objetiva avaliar a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e as variáveis sociodemográficas e outros comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes da cidade de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais (MG).

Metodologia

Trata-se de estudo transversal realizado com adolescentes com idade entre 12 e 17 anos, matriculados no sétimo, oitavo e nono anos do ensino fundamental e no primeiro, segundo e terceiro anos do ensino médio nas escolas públicas e privadas de Belo Horizonte. Trata-se de um recorte do Estudo de Riscos

Cardiovasculares entre Adolescentes (Erica), realizado em 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal, cuja coleta de dados se deu entre os anos de 2013 e 2014. O Erica foi realizado em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil e intentou estimar a prevalência dos fatores de risco cardiovasculares entre adolescentes, obtendo informações por meio de questionários estruturados, avaliação antropométrica e exames laboratoriais. Todos os escolares das turmas selecionadas foram convidados a participar do estudo. Adolescentes fora da faixa etária elegível, grávidas ou com alguma deficiência física foram excluídos da análise⁸.

A população desta pesquisa correspondeu a uma amostra representativa do município de Belo Horizonte. Foram avaliados 2.547 adolescentes de 12 a 17 anos, matriculados em 43 escolas públicas e particulares da capital mineira. Neste recorte, as variáveis utilizadas foram obtidas por meio do Questionário do Adolescente (QA) e do Questionário da Escola (QE), trabalhados pelo estudo principal. O QA foi instrumento de coleta de dados estruturado, preenchido pelo adolescente e inserido em coletor eletrônico de dados (Personal Digital Assistant – PDA), modelo LG GM750Q. O QA possui 11 blocos temáticos que abordam as condições sociodemográficas e os comportamentos de risco praticados pelo adolescente. O QE, por sua vez, foi preenchido por um pesquisador de campo usando o PDA e investigou a estrutura física da escola, além do preparo e da venda de alimentos nesse ambiente.

Foram considerados em risco aqueles adolescentes que ingeriram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, em qualquer frequência ou quantidade. Esse critério segue as definições adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Centro para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC)⁹.

O consumo de álcool foi associado às variáveis sociodemográficas abordadas pelo Erica, sendo elas: sexo; idade; cor; *proxy* de riqueza; tipo de escola; oferta e venda de alimentos pela escola.

O *proxy* de riqueza foi calculado a partir da soma da pontuação atribuída aos bens e itens

de conforto considerados a partir da estratificação social do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep)¹⁰. Optou-se pelo uso do *proxy* de riqueza pela falta de informação em muitos dos itens necessários para a classificação econômica segundo a Abep, já que era possível aos adolescentes, ao responder ao questionário do aluno, selecionar em pelo menos um dos itens essenciais à classificação: ‘não sei/não me lembro/prefiro não responder’. A exclusão desses sujeitos representaria uma perda importante e heterogeneamente distribuída da amostra, comprometendo a qualidade da investigação.

Foram estudadas, também, as associações entre o uso de álcool nos últimos 30 dias (variável desfecho) e os comportamentos de risco para a saúde investigados pelo Erica, que coincidem com aqueles monitorados pelo CDC⁹, sendo eles:

- a) Comportamentos sexuais que contribuem para gravidez involuntária e infecções sexualmente transmissíveis – não uso da camisinha; não uso do Anticoncepcional Oral (ACO) (ambos em referência à última relação)¹¹;
- b) Atividade física inadequada – realização de menos de 300 minutos de atividade física por semana¹²;
- c) Comportamento alimentar não saudável – não tomar café da manhã (todos os dias ou quase todos os dias); almoçar e jantar na frente da TV (todos os dias ou quase todos os dias); comer petiscos na frente da TV, do computador ou do videogame (quase todos os dias ou todos os dias); e não beber água (ou beber menos de dois copos por dia)¹³;
- d) Uso do tabaco – se houve consumo nos últimos 30 dias⁹.

Todas as análises realizadas levaram em consideração a amostragem aleatória complexa com pesos amostrais. Foram apresentadas

as medidas descritivas mínimo, máximo, mediana, média, Desvio-Padrão (DP) e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, além de percentuais para descrever os resultados das variáveis estudadas. A associação entre duas variáveis categóricas de interesse foi realizada utilizando o teste do Qui-quadrado.

Com o objetivo de comparar os dois grupos independentes quanto à medida de uma variável do tipo escalar, foi utilizado o teste t de Student. O modelo de regressão logística foi utilizado na identificação de variável(eis)/fator(es) associados, de forma conjunta, na ocorrência de determinado evento de interesse. O teste que avalia a bondade do ajuste do modelo logístico foi utilizado com o objetivo de avaliar se as variáveis utilizadas para explicar determinado desfecho são ou não suficientes. As variáveis categóricas foram dicotomizadas, isto é, foram transformadas em variáveis do tipo Dummy e utilizadas para explicar o efeito que diferentes níveis de uma variável não métrica (variável categórica) têm na previsão da variável dependente/desfecho (com comportamento de risco). A magnitude das associações foi determinada pela Odds Ratio (OR), com Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%). Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$),

tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. Foi utilizado o *software* estatístico Stata/SE 13.0 for Windows na análise dos dados.

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Processo 45/2008) e, em Minas Gerais, o estudo foi aprovado sob o parecer nº ETIC 224/2009. A privacidade dos alunos e a confidencialidade das informações foram garantidas em todas as etapas da pesquisa.

Resultados

Na caracterização da população estudada, constatou-se que, entre os adolescentes escolares de Belo Horizonte, a estrutura familiar é predominantemente biparental (56,9%). Entretanto, cerca de um terço deles (34,6%) reside em lares com a presença apenas da mãe. Sobre a escolaridade da mãe, 27,6% dos adolescentes não souberam, não lembraram ou preferiram não responder. O *proxy* de riqueza evidenciou pontuação média de 22,9 para os bens e itens de conforto (*tabela 1*). Conforme dados apresentados na *tabela 1*, o consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes, no último mês, foi de 22,1% (IC95% 19,5-24,8).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e consumo de álcool entre adolescentes no município de Belo Horizonte, MG, 2017

Características	%
Sexo	
Feminino	50,0
Masculino	50,0
Idade	
12 anos	17,0
13 anos	17,4
14 anos	16,8
15 anos	17,6
16 anos	16,7
17 anos	14,5

Tabela 1. (cont.)

Cor	
Branca	33,7
Parda	54,3
Preta	8,4
Outras	3,6
Estrutura familiar	
Mora com pai e mãe	56,9
Mora só com a mãe	34,6
Mora só com o pai	4,0
Não mora com pai e mãe	4,5
Escolaridade da mãe	
Analfabeta/Menos de 1 ano de instrução	1,2
1 a 3 anos do ensino fundamental	4,7
4 a 7 anos do ensino fundamental	11,9
Ensino fundamental completo	6,7
Ensino médio incompleto	6,8
Ensino médio completo	19,8
Superior incompleto	3,5
Superior completo	17,8
Não sei/não lembro/prefiro não responder	27,6
Proxy de riqueza	22,9 ± 0,4 (10 a 38)
Consumo de bebidas alcoólicas	Prevalência (IC 95%)
	22,1 (19,5; 24,8)

Fonte: Dados da pesquisa.

A *tabela 2* demonstra a associação entre os comportamentos de risco e os fatores socio-demográficos relacionados ao uso de bebida alcoólica por meio de análises univariadas e multivariadas. Entre os adolescentes que não usaram ACO na última relação sexual, 47,1%

consumiram bebidas alcoólicas. A análise multivariada evidenciou que não usar o ACO na última relação sexual aumentou 3,5 vezes as chances de o adolescente fazer uso de bebida alcoólica (OR: 3,5 IC95% 2,49-4,91).

Tabela 2. Avaliação da influência dos comportamentos de risco e fatores sociodemográficos no uso de bebida alcoólica entre adolescentes da cidade de Belo Horizonte (MG), 2017

Variável	Análise univariada		Teste estatístico	Análise multivariada	
	Uso de bebida alcoólica			Modelo final	
	Sim	Não		p	OR (IC 95%)
Comportamentos de risco (ref. Sim)					
Comportamento sexual - camisinha					
Sim	21,2	78,8	$\chi^2 = 55,5 / p < 0,001$		
Não	45,8	54,2			
Comportamento sexual - anticoncepcional (ref. Sim)					
Sim	16,8	83,2	$\chi^2 = 206,6 / p < 0,001$	$\beta = 1,25 / p < 0,001$	3,5 (2,49; 4,91)
Não	47,1	52,9			
Uso de tabaco (ref. Não)					
Não	20,5	79,5	$\chi^2 = 174,1 / p < 0,001$	$\beta = 1,98 / p < 0,001$	7,25 (3,7; 14,22)
Sim	78,1	21,9			
Prática de atividades físicas inadequadas (ref. Não)					
Não	22,3	77,7	$\chi^2 = 0,46 / p = 0,622$		
Sim	23,5	76,5			
Hábitos alimentares inadequados (ref. Não)					
Não	17,4	82,6	$\chi^2 = 3,75 / p = 0,097$		
Sim	23,4	76,6			
Sexo (ref. Feminino)					
Feminino	24,9	75,1	$\chi^2 = 5,40 / p = 0,037$	$\beta = -0,38 / p = 0,003$	0,68 (0,53; 0,88)
Masculino	21,0	79,0			

Associação significativa também foi observada entre o consumo de bebida alcoólica e o tabaco: entre os adolescentes que fumaram nos últimos 30 dias, 78,1% também fizeram uso de bebida alcoólica. Fumar aumentou 7,25 vezes as chances de o adolescente fazer uso de bebida na presente amostra (OR: 7,25 IC95% 3,7-14,22).

A análise multivariada não evidenciou associações significativas entre o consumo de bebidas alcoólicas e os demais comportamentos de risco dos investigados.

No que diz respeito aos fatores sociodemográficos, os resultados da análise multivariada revelaram associação entre consumo de bebida alcoólica e gênero, idade, *proxy* de riqueza do adolescente.

Quando comparadas aos meninos, as meninas

consumiram maior quantidade de bebida alcoólica (21,0% de uso entre meninos e 24,9% de uso entre meninas, $p=0,037$). Apesar disso, os resultados da análise multivariada apuraram que, em Belo Horizonte, os adolescentes do sexo masculino possuem 1,47 (1/OR) vez mais chances de consumir bebidas alcoólicas (OR: 1,47 IC95% 1,14-1,89) que as meninas.

O consumo de bebidas alcoólicas também aumentou de forma significativa com a idade: aos 12 anos de vida, 6,5% dos adolescentes relataram uso de bebidas, ao passo que, aos 17 anos, o consumo já atinge 36,9% da amostra ($p<0,001$). A análise multivariada acusou que o avançar da idade aumenta 1,36 vezes a chance de o adolescente fazer uso de álcool.

O *proxy* de riqueza foi maior entre os

adolescentes que relataram consumo de bebida alcoólica no último mês (23,6 pontos). Apresentar maior valor de *proxy* de riqueza aumentou 1,04 vezes a chance de o adolescente consumir bebida alcoólica (OR: 1,04 IC95% 1,01-1,07).

O maior percentual de adolescentes que beberam nos últimos 30 dias foi observado entre os que não residem com o pai e a mãe (35,8%). Já o menor consumo do álcool ocorreu entre os que residem com o pai e a mãe (20,6%) (p=0,017).

Tabela 3. Avaliação da influência dos comportamentos de risco e fatores sociodemográficos no uso de bebida alcoólica entre adolescentes da cidade de Belo Horizonte (MG), 2017

Variável	Análise univariada		Teste estatístico	Análise multivariada	
	Uso de bebida alcoólica			Modelo final	
	Sim	Não	p	OR (IC 95%)	
Idade					
12 anos	6,5	93,5	$\chi^2 = 160,4 / p < 0,001$	$\beta = 0,3 / p < 0,001$	1,36 (1,22; 1,51)
13 anos	15,3	84,7			
14 anos	18,1	81,9			
15 anos	29,3	70,7			
16 anos	33,8	66,2			
17 anos	36,9	63,1			
Estrutura familiar (ref. Mora com mãe e pai)					
Mora com mãe e pai	20,6	79,4	$\chi^2 = 16,80 / p = 0,017$		
Mora somente com mãe	24,8	75,2			
Mora somente com pai	26,9	73,1			
Não mora com mãe e pai	35,8	64,2			
Cor (ref. Branca)					
Branca	24,5	75,5	$\chi^2 = 5,54 / p = 0,337$		
Parda	21,9	78,1			
Preta	27,6	72,4			
Outras	18,1	81,9			
Proxy de riqueza	23,6 (22,5; 24,8) Md = 24,0	22,7 (21,9; 23,5) Md = 23,0	t = 1,85 / p = 0,071	$\beta = 0,04 / p = 0,024$	1,04 (1,01; 1,07)
Tipo de escola (ref. Privada)					
Privada	25,5	74,5	$\chi^2 = 2,75 / p = 0,596$		
Pública	22,2	77,8			

Notas: Base de dados: análise univariada: 2.547 adolescentes; análise multivariada: 2.159 adolescentes.

Medida de bondade de ajuste do modelo (p = 0,128); análise univariada: teste Qui-quadrado (χ^2) ou teste t de Student (t) / análise multivariada: regressão logística. Os valores apresentados na tabela para a variável *proxy* de riqueza referem-se a / Md (mediana), e, para as demais variáveis, são percentuais.

Discussão

Ao analisar o consumo de álcool por adolescentes belo-horizontinos e os fatores associados a isso, este estudo constatou que, aproximadamente, um quarto deles fez uso de bebida alcoólica em pelo menos uma ocasião nos 30 dias anteriores à pesquisa. Tal constatação pode ser considerada grave, visto que, sob efeito do álcool, aumentam as chances de envolvimento em situações de risco^{6,7}. A amostra para a capital mineira da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2009, encontrou resultados ainda mais alarmantes: na ocasião, aproximadamente 30,5% de adolescentes haviam consumido álcool pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Apesar da redução, o consumo de álcool em Belo Horizonte continua elevado na comparação com outras capitais brasileiras, como Natal e Macapá, que encontraram frequências de 11,8 e 13,1%, respectivamente¹⁴.

O Erica, realizado entre os anos de 2013 e 2014, notificou 21% de consumo médio de bebidas alcoólicas no País, resultado próximo do encontrado na capital mineira (22,1%). O consumo de álcool foi mais acentuado na região Sul (27,5%) e menos acentuado na região Norte (14,8%)⁵.

Em Belo Horizonte, o avanço da idade favoreceu o consumo de bebida alcoólica, resultado semelhante ao encontrado por outros autores⁵. Cabe ressaltar que o presente estudo foi realizado com adolescentes de 12 a 17 anos, que, de acordo com a legislação nacional em vigor, não deveriam ter acesso à compra de bebidas alcoólicas. No entanto, por ser socialmente aceito, o consumo de álcool pode sofrer banalização por parte da família, dos amigos e da sociedade, contribuindo, assim, para o acesso e o consumo dessa substância entre adolescentes¹⁵.

Ao se controlar o efeito das outras variáveis sociodemográficas e comportamentais abordadas neste estudo, os meninos apresentaram mais vulnerabilidade para o consumo de álcool quando comparados às meninas. Esses

resultados diferem dos da PeNSE 2012, que evidenciou um maior consumo do álcool pelo sexo feminino⁶. Importante ressaltar que, no presente estudo, o consumo de bebidas alcoólicas também foi frequente entre moças, o que pode apontar novas tendências de identidades de gênero que merecem monitoramento.

Estudos sugerem que residir com ambos os pais promove efeito protetor ao hábito de beber entre jovens¹⁶, associação não observada no presente estudo. Esse resultado sugere que exista um distanciamento entre os adolescentes e suas respectivas famílias. No entanto, há necessidade de novas investigações para que essa questão seja melhor compreendida.

Sabe-se que a participação ativa da família nos momentos de transformação, entre eles, a adolescência, ajuda a minimizar possíveis condutas de risco. Pesquisas apontam que filhos cujos pais estão mais atentos às suas atividades envolvem-se menos com álcool, outras drogas e tabaco¹⁶. Famílias que contam com a presença da figura materna e paterna oferecem mais proteção contra o uso e a dependência de drogas. A convivência e a coesão familiares, assim como a participação conjunta de atividades com a família exercem efeito protetor na prevenção contra o uso de álcool e outras drogas¹⁷.

O consumo de bebida alcoólica foi mais elevado entre os adolescentes que apresentavam maior valor para o *proxy* de riqueza. Da mesma forma, há registros na literatura que relacionam o consumo de álcool às classes sociais mais elevadas¹⁸. Investigando estudantes universitários do município de São Paulo, identificou-se que alunos com renda familiar alta têm elevado risco de consumo de drogas¹⁹. Entretanto, estudos mostram, também, consumo expressivo de álcool na adolescência e vida adulta por indivíduos com menor poder aquisitivo²⁰. Os achados sugerem que um maior poder aquisitivo pode favorecer o acesso a bebidas em Belo Horizonte, facilitado pelo próprio ambiente familiar e social que o adolescente frequenta.

As alterações dos sentidos e a menor percepção do risco provocadas pelo álcool aumentam

a vulnerabilidade do sujeito a outros CRS, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e transmissão de doenças por via sexual²¹. Esses dados podem explicar a associação entre o uso de bebida alcoólica e não uso do ACO, encontrada no presente estudo e já descrita na literatura²². Por se tratar de uma droga lícita e de fácil acesso, o álcool é um dos principais antagonistas da vivência saudável da sexualidade, contribuindo para a vulnerabilidade relacionada a gravidez não planejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)²². De acordo com pesquisa desenvolvida em 1999 pelo Harvard Campus Alcohol Study, jovens que bebem pela primeira vez antes dos 13 anos de idade têm o dobro de chances de praticar sexo não planejado e 2,2 vezes mais chances de se envolverem em relação sexual desprotegida, quando comparados com estudantes que iniciam o uso de bebida alcoólica após os 19 anos²³.

A literatura identifica que o uso de substâncias psicoativas costuma produzir efeito multiplicador, em que o consumo de uma substância aumenta as chances de uso das outras²⁴, o que pode explicar a relação entre o consumo de álcool e tabaco encontrada neste estudo. Uma hipótese para tal fenômeno é a de que o álcool e as demais drogas suprem, de forma ilusória, os desejos do adolescente, causando a ideia de invulnerabilidade e aumentando, assim, as chances de envolvimento em situações de risco²².

Conclusões

As variáveis sociodemográficas e os comportamentos de risco para a saúde impactam o consumo de álcool entre adolescentes. Atenção especial merece ser direcionada para os adolescentes com idades mais avançadas, do sexo masculino e com maior *proxy* de riqueza. Adolescentes sexualmente ativos que não fazem uso do ACO e adolescentes tabagistas também estiveram entre os mais vulneráveis.

Desse modo, a prevenção ao consumo de álcool deve ser realizada em conjunto com abordagens voltadas para a prevenção do tabagismo e a prática de sexo seguro.

Assim, mais que a proposição de estratégias prescritivas, é necessário o desenvolvimento de mecanismos de proteção, prevenção e acolhimento que deem suporte ao adolescente por meio de intervenções que estimulem escolhas de vida saudáveis e de qualidade, desmitificando a falsa ideia de autonomia propiciada por substâncias psicoativas. Contribuir para que a família e a escola sejam ambientes de apoio, escuta e acompanhamento dos adolescentes potencializará as ações, bem como o envolvimento dos profissionais da saúde, dos meios de comunicação e da sociedade em geral. A identificação dos grupos mais expostos, a partir da valorização das diferenças de sexo, idade e classe social, poderá viabilizar ações que sejam mais bem-sucedidas por contemplarem os adolescentes em sua diversidade.

O presente estudo não investigou algumas variáveis importantes, entre elas, o uso de drogas ilícitas e a influência dos amigos no consumo de álcool e tabaco. Tais variáveis não compuseram o instrumento de coleta de dados do estudo principal, o que impossibilitou a análise no presente recorte. Ressalta-se, de todo modo, que a representatividade amostral para a cidade de Belo Horizonte, bem como associações encontradas, conferem originalidade e relevância para esta investigação.

Colaboradores

Moura LR contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Santos KF e Souza HG contribuíram para a revisão crítica do conteúdo. Cadete MMM e Cunha CF contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. ■

Referências

1. Kann L, McManus T, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 2015. *MMWR Surveill. Summ.* 2016; 65(6):1-174.
2. Farias Junior JC. Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2008; 14:109-14.
3. Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015; 24(3):399-410.
4. Brasil. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. Altera a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do Art. 63 do decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 – Lei das Contravenções Penais. *Diário Oficial da União.* 13 Out 2015 [acesso em 2015 nov 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13106.htm.
5. Coutinho ESF, França-Santos D, Magliano ES, et al. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2016; 50(supl1):8s.
6. Malta DC, Oliveira-Campos M, Prado RR, et al. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). *Rev. Bras. Epidemiol.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 maio 31]; 17(supl1):46-61. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/719/1/rbe.S1415-790X2014000500046.pdf>.
7. Garnica Wesselovicz AA, Sousa TG, Nobuyoshi Kaneshima E, et al. Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes de uma Escola Pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci., Health Sci.* 2008; 30(2):161-166.
8. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Szklo M, et al. Diseño de la muestra del estudio de riesgos cardiovasculares en adolescentes (ERICA). *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(5):921-930.
9. Centers for Disease Control and Prevention (United States). Youth risk behavior surveillance: United States, 2005. *MMWR Surv. Summ.* 2006; 55(ss-5):1-108.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [internet]. [São Paulo]: Critério Brasil de classificação econômica; 2012 [acesso em 2017 maio 31]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
11. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 4]; 50(supl1):15s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006686.pdf.
12. Farias Júnior JC, Lopes AS, Mota J, et al. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2017 jun 6]; 46(3):505-515. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2012.v46n3/505-515/pt/>.
13. Barufaldi LA, Abreu GZ, Oliveira JS, et al. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2016; 50(supl1):6s.
14. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde [internet]. Belo Horizonte: Prevalência dos fatores de risco e de proteção comportamentais em adolescentes de Belo Horizonte – Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE); 2012 [acesso em 2017 jun 6]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/boletim_PeNSE.pdf.
15. Lopes AP, Ganassin GS, Marcon SS, et al. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar.

- Estud. Psicol. (Natal). 2015; 20(1):22-30.
16. Paiva FS, Rozani TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicol. Estud.* 2009; 14(1):117-83.
 17. Guimarães AB, Hochgraf PB, Brasiliano S, et al. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Rev. de Psiquiat. Clín.* 2009; 36(2):69-74.
 18. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2004; 38:45-54.
 19. Silva LV, Malbergier A, Stempliuk VD, et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40:280-8.
 20. Mendoza Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction.* 2003 Jun 1; 98(6):799-804.
 21. Reboussin BA, Song EY, Shrestha A, et al. A latent class analysis of underage problem drinking: Evidence from a community sample of 16–20 year olds. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 83(3):199-209.
 22. Sampaio Filho FJ, Sousa PR, Vieira NF, et al. Percepção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3):508.
 23. Hingson R, Heeren T, Winter MR, et al. Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking. *Pediatrics.* 2003; 111(1):34-41.
 24. Lisha NE, Sussman S. Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: A review. *Addic. behav.* 2010; 35(5):399-407.
-
- Recebido em 03/06/ 2018
Aprovado em 03/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Fatores associados ao tabagismo entre adolescentes do sexo feminino

Factors associated with smoking among female adolescents

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo¹, Maria Odete Pereira²

DOI: 10.1590/0103-11042018S412

RESUMO O objetivo foi conhecer os fatores associados ao tabagismo entre adolescentes do sexo feminino. Pesquisa descritiva, qualitativa, em duas escolas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Participaram do estudo 75 adolescentes do sexo feminino. A análise de conteúdo foi utilizada com o suporte do *software* de apoio à análise qualitativa. O uso de tabaco foi associado ao controle do peso corporal, socialização no ambiente escolar, redução da ansiedade e estresse e pouca percepção de risco para a saúde. Ações de prevenção ao uso de tabaco no ambiente escolar devem ser planejadas considerando gênero, faixa etária, linguagem e modos de vida.

PALAVRAS-CHAVE Tabagismo. Adolescente. Mulheres.

ABSTRACT *The objective was to learn about the factors associated with smoking among female adolescents. A descriptive, qualitative research, in two schools in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. A total of 75 female teenagers participated in the study. The content analysis was used with the support of the qualitative analysis support software. Tobacco use was associated with body weight control, socialization in the school setting, reduction of anxiety and stress, and poor perception of health risk. Actions to prevent tobacco use in the school environment should be planned considering gender, age, language and lifestyles.*

KEYWORDS *Tobacco use disorder. Adolescent. Women.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0283-2313>
amandamsreinaldo@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Enfermagem Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9418-2524>
m.odetepereira@gmail.com



Introdução

A adolescência é uma fase de transição de longa duração para a vida adulta permeada por modificações físicas, biológicas, psíquicas e psicossociais e pode se caracterizar como um período de vulnerabilidade e risco para muitos adolescentes devido às mudanças inerentes a essa fase^{1,2}.

Entre as situações que indicam as necessidades, problemas e atenção em relação à saúde do adolescente apontam-se a violência, ferimentos autoinfligidos, suicídio e doenças sexualmente transmissíveis³.

O uso de drogas entre os adolescentes é um desafio para a saúde pública no Brasil e demanda investimento em recursos nos diferentes níveis da assistência. Minimizar os danos causados pelo uso, abuso e a dependência química entre os adolescentes deve considerar as singularidades dessa fase e a clínica das adições. Nesse contexto, o uso e a experimentação do tabaco são frequentes, em especial, entre as adolescentes^{4,5}.

O uso de tabaco entre mulheres tem merecido atenção dos pesquisadores da área em estudos nacionais, internacionais e nos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) devido ao aumento do consumo⁴⁻⁸.

O consumo de tabaco entre adolescentes, no Brasil, tem sido acompanhado em séries de pesquisas históricas nos últimos dez anos que apontam que, quando comparado a outros países da América do Norte, tem-se baixa prevalência de experimentação e consumo entre os jovens, mas quando se comparam as séries históricas do país, observa-se que a experimentação e a evolução para o consumo se dão de forma precoce, em especial, entre a população mais pobre, o que aponta para a necessidade de intensificar o investimento em políticas públicas específicas para esse grupo etário⁴.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), criado em 1989, e com a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) desenvolvida pela OMS em 2005, no que tange às políticas

para controle e redução do consumo de tabaco, surtiram efeito e reduziram a prevalência de consumo global da substância^{4,5,9}.

Diante desse cenário, o estudo propôs-se a discutir o uso de tabaco entre adolescentes do sexo feminino, estudantes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Acredita-se que conhecer as vivências e motivações das adolescentes em relação ao uso do tabaco contribui para o planejamento de ações de prevenção e tratamento do tabagismo, assim como direciona intervenções para a promoção da saúde das adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade para o uso do tabaco.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo. Os dados foram coletados em quatro escolas do Ensino Médio, com adolescentes do sexo feminino, e o procedimento de coleta de dados adotado foi a técnica de grupo focal descrita por Barbour¹⁰.

O moderador do grupo foi a pesquisadora principal do estudo e participaram duas observadoras, membros da equipe de pesquisa, que registraram suas impressões sobre os grupos em um diário de campo. Os grupos foram gravados em áudio para posterior transcrição e análise. Os critérios de inclusão no estudo foram: o interesse e o aceite em participar da pesquisa; a autorização dos pais das alunas para a participação no estudo e um ou mais critérios para o diagnóstico de dependência à nicotina de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)¹¹.

O projeto de pesquisa foi apresentado aos diretores, coordenadores e professores das escolas envolvidas no início do primeiro semestre letivo de 2015 e aprovado pelas escolas no mesmo período. A apresentação do projeto às alunas foi realizada em diferentes momentos no decorrer do semestre letivo. As interessadas em colaborar com o estudo deveriam enviar

um *e-mail* à pesquisadora principal indicando seu interesse em participar dos grupos que seriam realizados no ano seguinte e, a partir desse momento, foram agendadas reuniões nas escolas para a distribuição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa e assinatura pelo responsável legal das adolescentes.

As alunas interessadas em participar do estudo foram previamente entrevistadas para responder a um instrumento elaborado pelas pesquisadoras a partir dos critérios diagnósticos para o uso de substâncias do Código Internacional de Doenças (CID-10). Diante da resposta positiva para a presença de um ou mais critérios de dependência, sua participação era confirmada.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril, maio e junho de 2016 nas escolas cenários da pesquisa. O encerramento da realização dos grupos nas escolas obedeceu ao critério de saturação dos dados, a partir do momento em que os temas se apresentavam de forma repetida e sem novas contribuições para sua análise e compreensão.

As fontes de informação para a pesquisa foram as transcrições das gravações dos grupos focais realizados com as adolescentes na própria escola em que elas estudavam e os diários de campo dos observadores dos grupos. Foram realizadas dez sessões de grupos focais, com duração de uma hora e meia para cada grupo de adolescentes (sete grupos de nove participantes e um grupo de 12). A questão norteadora do grupo focal foi: 'O uso de tabaco e a motivação para o uso entre adolescentes'.

A gravação em áudio dos grupos foi transcrita e analisada por meio da Análise de Conteúdo e se constituiu de: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na fase de pré-análise, foi realizada a organização e a leitura flutuante do material transcrito. Nas fases seguintes, empreenderam-se a exploração do material com mais perspicácia e o tratamento dos resultados de maneira a serem significativos e válidos^{11,12}.

Os dados foram tabulados com o uso do

software de análise de textos, vídeos, áudios e imagens WebQualitative Data Analysis (WebQDA). O sistema do WebQDA é organizado em três áreas: 1. Fontes – onde o sistema é alimentado com os dados da pesquisa e organizados de acordo com a necessidade do investigador; 2. Criação de codificação ou categorias – interpretativas ou descritivas e 3. Questionamento – o investigador cria as dimensões, os indicadores ou as categorias, sejam elas interpretativas ou descritivas, que serão analisadas de acordo com modelos de análise previamente elaborados para cada uma delas¹³.

Desta forma, as categorias de análise identificadas foram: 1. Uso de tabaco para emagrecer; 2. Uso de tabaco para fazer parte de um grupo; 3. Uso de tabaco para reduzir a ansiedade e o estresse e 4. Outras questões identificadas.

Concluídas as etapas acima, os autores realizaram as inferências e interpretações dos dados, correlacionando-as com o objetivo do estudo e a literatura sobre o tema.

Os possíveis riscos provenientes de eventual constrangimento no momento da realização dos grupos foram minimizados, uma vez que os participantes da pesquisa tiveram acesso às gravações em áudio, aos registros no diário de campo, às transcrições e o direito à revisão (leitura, revisão, supressão e aprovação) da transcrição de suas falas no grupo. Os participantes da pesquisa não realizaram modificações no material coletado.

O projeto de pesquisa foi aprovado sob o número 0482.0.203.000-09 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Para a realização do estudo, o responsável legal das escolas e das adolescentes colaboradoras assinou o TCLE e as adolescentes menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento.

Resultados

A fim de discutir o uso de tabaco entre adolescentes do sexo feminino, estudantes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de Belo

Horizonte, Minas Gerais, Brasil, as autoras, a partir das estratégias metodológicas descritas, apresentarão, em subcategorias, os resultados da pesquisa.

Foram ouvidas 75 adolescentes entre 14 e 17 anos, matriculadas no Ensino Médio de escolas públicas (40 participantes) e privadas (35 participantes), no município de Belo Horizonte – Minas Gerais, usuárias de tabaco há mais de um ano. As adolescentes residiam na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, e se autodeclararam brancas (55), negras (cinco) e pardas (15), moravam com os pais (58), com os avós (13) e com outros membros da família (quatro). Em relação ao uso de tabaco pelos pais, 47 informaram que ambos ou um dos pais (28) usava (m) tabaco no período da coleta de dados, sendo o uso de tabaco pelos pais (38 homens) maior do que o uso entre as mães (nove mulheres). Em relação ao tempo de uso de tabaco: 12 fumavam há mais de quatro anos; 23, há três anos; nove, há dois anos e as demais, há um ano. A frequência de uso foi, em 36, de cinco a dez cigarros por dia, quatro a seis cigarros por dia e as demais de dois a três cigarros por dia. O uso de outras drogas associadas ao tabaco foi: 27 utilizavam álcool, nove utilizavam maconha e as demais, apenas o tabaco.

Uso de tabaco para emagrecer

Entre as 75 adolescentes participantes do estudo, 27 afirmaram ter iniciado o uso do tabaco para emagrecer ou manter o peso. Segundo elas, ao atingir o peso ideal, o uso pode ser revisto, pois o cheiro do tabaco as incomoda.

A questão da autoimagem e o uso do tabaco para as adolescentes, que iniciaram o uso de tabaco para emagrecer ou manter o peso, foi um ponto abordado nos grupos. Para elas, o tabaco ‘tira a fome’. O tabaco, nesse caso, foi utilizado como um inibidor do apetite. Em geral, ele é utilizado perto ou no horário do almoço, pois a primeira tragada e a sensação de saciedade proveniente dos níveis de nicotina no sangue

contribuem para que a adolescente permaneça em jejum por boa parte do dia ou se alimente o mínimo possível, o que significa ‘não passar mal’ devido às horas de jejum prolongadas. Algumas adolescentes com sobrepeso informaram que, mesmo utilizando tabaco, não perderam nem ganharam peso, o que as estimula a continuar o uso.

Aos finais de semana, em casa, essa prática merece cuidado e atenção. Nesse período, quando não conseguem fumar, as participantes percebem maior ingestão de alimentos. Para compensar, na semana subsequente, consomem mais tabaco para perder ‘o peso’ adquirido no final de semana.

Em geral, as adolescentes utilizam o dinheiro da mesada ou do lanche para a compra de tabaco e nunca compram um maço, pois temem serem descobertas pelos pais, evitando, assim, serem pegas pela posse do tabaco. Essa estratégia também é utilizada para controlar o consumo diário. A compra do maço de cigarros é realizada em associação com amigas e amigos que fumam.

Algumas participantes foram ‘descobertas fumando’ por um ou ambos os pais, irmãos ou parentes nos períodos de férias escolares, quando o consumo se torna mais difícil devido à permanência em casa com os familiares. Quando descobertas, afirmam que fumaram apenas para experimentar e, na avaliação delas, a questão é resolvida. Entre as adolescentes, 15 foram vítimas de violência física pelos pais (apanharam) quando foram descobertas, sete receberam algum castigo como estratégia de correção, e uma foi obrigada a comer o cigarro pelo pai.

As adolescentes vítimas de violência, ao ser descobertas, tiveram, como primeira reação, confrontar o agressor, pois os mesmos, segundo elas, geralmente fazem uso de tabaco. Para elas, a reação dos pais foi inadequada, em especial, aqueles que fazem uso de tabaco, o que denota a necessidade de ações de esclarecimentos junto aos pais em relação à prevenção ao uso de tabaco e manejo da situação.

Uso de tabaco para fazer parte de um grupo

O uso de tabaco entre 45 adolescentes foi associado ao desejo de serem identificadas como parte de um grupo diferenciado, extrovertido e adulto. As adolescentes afirmam que apenas os alunos 'legais' da escola utilizam tabaco e, geralmente, são os que têm liberdade para sair de casa com os amigos, ir às festas sem a vigilância dos pais e namorar em relacionamentos hétero ou homoafetivos.

Para as participantes, pertencer a um grupo 'diferenciado' é importante. Também apontam o fato como uma forma de se proteger de outros grupos que não compartilham o mesmo estilo de vida.

As adolescentes acreditam que as meninas que fumam têm mais liberdade para ter amigos do sexo masculino sem, necessariamente, serem consideradas 'fáceis' ou masculinizadas. Segundo elas, o tabaco permite que se aproximem do sexo oposto e possam conviver, sob a proteção do grupo de 'fumantes', com maior vínculo de amizade, confiança e companheirismo.

As participantes deste estudo acreditam que o tabaco contribuiu para uma aparência madura, o que também as motiva ao uso. Dentre elas, 37 afirmam que o fumar atrai pessoas mais velhas para as suas relações afetivas. Quando isso acontece, elas se sentem parte do grupo dos 'adultos'. Em contrapartida, as expõe a riscos de violência afetiva nas relações com pessoas que, em geral, não fariam parte de seu círculo de amizades.

As adolescentes avaliam que, após o início do uso de tabaco, suas vidas e relações pessoais com os amigos melhoraram no que concerne ao vínculo, comparativamente a períodos em que não usavam tabaco. Dentre elas, dez afirmam que, no momento da coleta de dados, possuíam menos amigos em comparação à época em que não utilizavam tabaco, mas, em contrapartida, a qualidade dos vínculos de amizade melhorou.

As participantes acreditam que, se um dia, decidirem parar o uso de tabaco, não seria

fácil, mas é possível. Destas, 28 afirmaram não visualizar o futuro sem o tabaco; seis alegaram ter ficado dois a três meses sem usar e afirmaram que apenas, nos primeiros 15 dias, apresentaram sintomas físicos e psíquicos que atribuíram à falta da substância. Os sintomas indicados foram: aumento do apetite, ansiedade, irritação, dificuldade para resolver problemas e uma adolescente referiu se sentir triste sem a substância. Elas acreditam que o desejo real de cessar o uso torna a abstinência mais 'tranquila'. As demais não pensam a respeito.

Uso de tabaco para reduzir a ansiedade e o estresse

A ansiedade e o estresse foram citados como desencadeadores do aumento do consumo de tabaco, principalmente quando provêm das pressões familiares, relações sociais na escola, relacionamentos afetivos e indefinição do futuro.

As pressões familiares foram percebidas de diferentes formas: pressão para escolher uma profissão, arrumar um emprego, deixar o namorado ou amigos que os pais ou família não aceitam, pressão para emagrecer ou para engordar, estudar, trabalhar ou destacar-se em algo.

O convívio com pais fumantes foi citado como algo que facilita o consumo, mas elas não acreditam que isso determine o uso de tabaco dos filhos. Elas citam exemplos de amigos que usam tabaco, embora seus pais não façam uso da substância.

Diversos foram os elementos citados como motivacionais para o consumo de tabaco, entre eles, a sensação de relaxamento desencadeada após o consumo. O consumo de tabaco foi citado como uma forma de transgredir as normas da casa ou apenas como uma vingança velada contra os pais. Os motivos para a vingança vão desde o excesso de controle até a falta do mesmo.

Para as adolescentes, a escola não é uma instituição que pressiona, mas o ambiente escolar sim. As questões de ensino e aprendizagem não as incomodam, mas as relações sociais que nelas se estabelecem são valorizadas, visto que

todas as participantes querem se destacar de alguma forma e o tabaco é identificado como uma forma de alcançar esse objetivo, mesmo que momentaneamente.

Para as participantes, as relações afetivas, em especial, de namoro e amizade, quando percebidas como estressantes, influenciam o aumento da quantidade e a frequência do uso de tabaco. Neste sentido, 38 adolescentes informaram aumentar a frequência do consumo quando têm problemas no relacionamento com as pessoas com as quais convivem. Elas percebem que os adultos se comportam da mesma forma e, portanto, observam esse fato como uma questão inerente à relação da pessoa com a substância.

O futuro as aflige gerando ansiedade. Elas têm medo de não conseguir um bom emprego; de não ingressar na universidade; de não ter um companheiro ou companheira no futuro; de não ter acesso aos bens de consumo que desejam. Essas são questões compartilhadas com os amigos que, em geral, usam tabaco.

Uma adolescente denominou o momento de 'fumar junto' como um espaço onde assuntos 'pesados' e que a incomodavam e geravam dúvidas e incertezas podem ser discutidos. O tabaco, nesse momento, trazia a sensação de relaxamento para pensar melhor acerca dos problemas ou para não pensar a respeito.

Outras questões identificadas

O início do uso do tabaco esteve associado à curiosidade, à influência dos amigos, ao fato de compreenderem o consumo como algo normal, achar 'legal' ou por terem lido em algum lugar que emagrece.

A aquisição do produto é realizada em bancas de comércio próximas à escola ou no trajeto de casa para a escola ou vice-versa. A compra é realizada em unidades no varejo. Algumas adolescentes afirmam que subtraíam unidades ou maços de cigarros dos pais ou de outros familiares que fumam.

A relação entre tabaco e adoecimento, pelo uso do mesmo, não se mostrou como algo que

preocupa as adolescentes. Assim, exemplos de familiares, modelos, atores e músicos que fumam e se mantêm saudáveis foram citados como forma de justificar o uso e a certeza de que o tabaco não prejudica a saúde. Exemplos de pessoas que não fumam e morreram de câncer de pulmão também foram citados. Elas afirmam que têm informação a respeito dos prejuízos à saúde provenientes do tabaco, mas isso não as preocupa, pois avaliam que seu consumo é pequeno e que, quando desejarem cessar o uso, não terão dificuldade. Afirmam, de forma geral, que a mídia pode exagerar nas informações sobre o risco do uso de tabaco.

O que as incomoda, em relação ao consumo, é o odor da fumaça do tabaco quando apontado por terceiros e a dificuldade em consumir em locais e horários desejados. Por fim, citam o aspecto do cabelo, sem brilho e com um cheiro desagradável. Dessa forma, apontam questões associadas à autoimagem, aparência e estética que as incomodam em relação ao consumo.

Discussão

O uso de tabaco entre as adolescentes com o objetivo de perder ou controlar o peso corporal é uma evidência estabelecida pela literatura científica¹³⁻¹⁶. Os adolescentes, em geral, se alimentam de forma não saudável; utilizam inibidores de apetite com e sem prescrição médica; seguem dietas da moda preconizadas por personalidades públicas de apelo midiático, que lhes chegam por meio das mídias sociais, o que influencia o seu modo de vida em relação à autoimagem.

A busca pela imagem corporal perfeita dentro de padrões rígidos; a dificuldade de autorregulação emocional e estratégias de *coping* em relação às situações em que se sentem excluídas ou estigmatizadas por obesidade ou por sua autoimagem estão associadas ao maior uso de tabaco em comparação às adolescentes que apresentam peso dentro de parâmetros normais e saudáveis^{17,18}.

Segundo pesquisa realizada com estudantes

do Ensino Médio nos Estados Unidos da América, os adolescentes com sobrepeso são considerados vulneráveis para o uso do tabaco, álcool e outras drogas, comportamentos sexuais de risco e suicídio. O estudo sinalizou maior risco para o uso de tabaco antes dos 13 anos entre as adolescentes obesas¹⁷.

A adolescência é um período em que as habilidades sociais, entre outras, se desenvolvem ou se consolidam. Nesse momento de transição, é natural que os adolescentes, por meio de suas interações sociais, busquem se ajustar e aprender a conviver com as mudanças, desafios e possibilidades da vida adulta. A vida em grupo suaviza habilidades sociais frágeis¹⁹. Pesquisa realizada na Colômbia, com adolescentes estudantes e não estudantes, mostrou que o uso de tabaco foi maior entre os meninos. Para as meninas, a possibilidade de socialização foi um dos motivos para o uso de tabaco²⁰.

O aumento do consumo de tabaco entre meninas foi observado em 29 países europeus. Estudo naquele continente, com 50.338 adolescentes de 15 anos de idade, apontou que as meninas relataram uso semanal associado a eventos da vida social e do convívio com outros adolescentes²¹.

Estudo realizado no Reino Unido mostrou que o sentimento de pertencer a um grupo pode ser um fator protetor ou de risco para o adolescente. Sendo assim, pertencer a um grupo em que o vínculo é determinado pelo uso compartilhado de substâncias psicoativas é considerado fator de risco²².

O aparecimento de comportamentos, tais como o uso de tabaco, comportamento antissocial, consumo de álcool e relação sexual desprotegida, aumenta o risco de morbidade e mortalidade prematura. A interação grupal, nesses casos, pode ser positiva quando ela protege os adolescentes dessas práticas, embora este grupo etário nem sempre tenha clareza acerca do que pode ser considerada uma relação saudável²².

A adolescência, enquanto uma fase de transição e formação da personalidade, expõe a adolescente às questões relacionadas à

autoconfiança, autoestima, ansiedade, depressão e estresse. Na tentativa de se tornar mais sociável, a adolescente experimenta o tabaco com o propósito de melhorar sua autoimagem, tornando-se mais sociável e atraente²³.

Vários aspectos contribuem para a susceptibilidade e vulnerabilidade feminina em relação ao uso de tabaco. Evidências sugerem que, por serem mais susceptíveis aos transtornos de ansiedade e apresentarem dificuldade em gerenciar o estresse, as mulheres são mais propensas ao uso de tabaco, tanto em estudos comportamentais, quanto em ensaios clínicos²⁴.

O relacionamento parental, suas experiências e habilidades sociais também contribuem para o início do uso de tabaco, assim como dificultam a manutenção da abstinência e, por conseguinte, dificultam o tratamento²⁵. Em geral, a síndrome de abstinência na mulher tem peculiaridades que se manifestam por meio de: irritação; labilidade emocional; depressão; ansiedade; insônia; aumento do apetite e dificuldade de concentração²³.

Estudos indicam que relacionamentos conflituosos com um ou ambos os pais ausentes, negligentes, permissivos, superprotetores, autoritários, indulgentes, indiferentes e que fazem uso de álcool, tabaco ou outra droga são variáveis que estão associadas à experimentação e ao uso de tabaco²⁴.

Em relação à facilidade encontrada pelas adolescentes para comprar tabaco nas proximidades da escola e no trajeto até a mesma, cabe pensar no descumprimento das políticas públicas adotadas pelo Brasil, no sentido de controlar o uso do tabaco, entre elas: a proibição de venda de tabaco a menores de 18 anos; de fumo em lugares fechados; da propaganda; o estabelecimento de cláusulas e imagens de advertência nos maços; o aumento do imposto mínimo cobrado em relação ao preço do cigarro; a restrição de aditivos que possam intensificar, realçar e modificar o sabor e aroma dos produtos e o uso de embalagens genéricas, para torná-las menos atrativas, em especial, aos jovens⁸.

As medidas citadas para o controle do uso

de tabaco têm impacto significativo na redução do consumo e estão alinhadas à CQCT estabelecida pela OMS, em 2010²⁶. Há a necessidade de fiscalização sistemática para que não ocorra a venda de tabaco no varejo a menores de 18 anos.

Estudo escocês, que avaliou a densidade da presença de pontos de venda de tabaco, no varejo, próximos às escolas e residências de escolares, mostrou que não houve diferença significativa em relação ao consumo. O mapeamento sinalizou a necessidade de se reduzirem os pontos de venda em ambos os locais, como alternativa à fiscalização em espaços considerados de maior fluxo infantil, como a escola, por exemplo²⁷.

Os dados da pesquisa corroboram a produção científica na área, embora apresentem os limites do contexto cultural no qual foi desenvolvida. O estudo não permite generalizações, mas as autoras inferem que os discursos das participantes da pesquisa se entrelaçam e refletem questões vivenciadas por adolescentes do gênero feminino em relação ao consumo de tabaco e que podem ser verificados em outros contextos.

As limitações do estudo estão relacionadas ao tamanho da amostra e a características locais dos cenários da pesquisa. Alguns avanços e recuos podem ser identificados, entre eles, a necessidade de pesquisas com grupos maiores em contextos diversos que considerem o componente qualitativo do tema em discussão e a necessidade de criar e validar instrumentos para mensurar o consumo de tabaco entre adolescentes do sexo feminino.

Conclusões

Sabe-se que o sobrepeso e a ansiedade são dois componentes presentes na vida da maioria das mulheres e que estes se retroalimentam, e o uso do tabaco tem sido associado ao controle dos dois, pois as adolescentes acreditam nessa associação, fazendo uso do mesmo para inibir

o apetite e reduzir a ansiedade.

A necessidade de pertencer a um grupo, característica da adolescência, também incentivou as adolescentes a iniciarem o uso do tabaco como facilitador para o engajamento em grupos da mesma faixa etária, principalmente aqueles em que predominava o gênero masculino. Para as adolescentes, o engajamento nesses grupos não seria possível sem o uso de tabaco.

O controle do peso, a ansiedade e as dificuldades das relações sociais fazem parte do universo adolescente. Nesse sentido, é importante promover ações que esclareçam essa população sobre o risco da associação do uso do tabaco com o controle de peso, a sociabilidade e a redução da ansiedade comum entre os jovens.

Nesse sentido, as autoras apontam a necessidade de estratégias problematizadoras, para a prevenção ao uso de tabaco, destinadas ao público adolescente feminino, em que sejam levadas em consideração as especificidades da faixa etária, como a linguagem e os modos de vida, e ações educativas junto aos pais em relação ao manejo do uso de drogas.

Destaca-se a necessidade de pesquisar e discutir como e o que fazer para sensibilizar as adolescentes em relação aos agravos provenientes do consumo de tabaco; as questões relacionadas ao consumo consciente, apesar da informação sobre o risco do uso de tabaco para a saúde apontada no estudo; o comportamento expresso de que parar o consumo de tabaco é algo simples e sem implicações para a saúde e, por fim, como lidar com as tensões envolvidas na relação adolescente/consumo.

Colaboradores

Reinaldo MAS e Pereira MO contribuíram para a realização de investigação, coleta e tratamento de dados, análise e redação do artigo. ■

Referências

- Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW. Adolescent health in the 21st century. *The Lancet* [internet]. 2014 abr [acesso em 2016 abr 2]; 379(9826):1567-1568. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22538177>.
- Sansores RH, Ramírez-Venegas A. COPD in women: susceptibility or vulnerability? *Eur. Respir. J* [internet]. 2016 [acesso em 2016 abr 2]; 47:19-22. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/erj/47/1/19.full.pdf>.
- Moghaddam HT, Shahinfar S, Bahreini A, et al. Adolescence Health: the needs, problems and attention. *Int. J. Pediatr.* [internet]. 2016 fev [acesso em 2016 abr 2]; 4(2):1423-1438. Disponível em: http://ijp.mums.ac.ir/article_6569_730511251d3e060fdd0318cecf61c984.pdf.
- Figueiredo VC, Szklo AS, Costa LC, et al. Erica: Prevalência de Tabagismo em Adolescentes Brasileiros. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2016 abr 2]; 50(supl1):1s-12s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006741.pdf.
- World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva; Suíça: World Health Organization; 2005.
- Martins MMM, Souza J, Silva AA. Crianças e adolescentes usuários de substâncias no serviço de emergência psiquiátrica. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 2]; 28(1):13-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0013.pdf>.
- Silvino MCS, Barboza CL, Oliveira MLF. Hospitalization of children and adolescents for drug use. *J Nurs UFPE on line* [internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 2]; 9(8):8810-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10665/11700>.
- Carvalho LB. Controle do tabaco: uma análise sobre paternalismo e liberdade. *Rev Direito Sanitário* [internet]. 2015 fev [acesso em 2016 abr 2]; 16(3):13-35. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/111647/109678>.
- Ford A, Moodie C, Purves R, et al. Adolescent girls and young adult women's perceptions of superslims cigarette packaging: a qualitative study. *BMJ Open* [internet]. 2016 [acesso em 2016 abr 2]; 6(1):1-8. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/1/e010102.full.pdf>.
- Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Nunes SOV, Vargas HO, Nunes LVA, et al. A Dependência do Tabaco. In Nunes SOV, Castro MRP. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: Eduel; 2011. p. 41-54.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
- Costa AP, Linhares AP, Souza FN. Possibilidade de análise qualitativa no WEBQDA e colaboração entre pesquisadores em educação e comunicação. In: Anais 3º Simpósio Educação e Comunicação: Ininclusão possibilidades de ensinar e aprender; 2012 set 18; Aracaju: UNIT; 2012. p. 276-286 [acesso em 2018 dez 18]. Disponível em: <http://geces.com.br/simpósio/anais/anais2012/>.
- Rosa MF, Gonçalves S, Antunes H. Comportamentos de risco e excesso de peso na adolescência: Revisão da literatura. *Acta Pediatr Port* [internet]. 2012 jun [acesso em 2016 abr 3]; 43(3):128-134. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/1275>.
- Garcia DM, Mekitarian Filho E, Gilio AE, et al. Estado nutricional, autopercepção do estado nutricional e experimentação de drogas lícitas em adolescentes. *Rev. Paul Pediatr* [internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 3]; 33(3):332-339. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0332.pdf>.

16. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* [internet]. 2012 set [acesso em 2016 abr 3]; 13(9):636-650. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22903221>.
17. Restrepo A, Montoya NE. Tobacco use among adolescents at school and out-of-school in Medellin, Colombia: a population survey. *Rev de la Fac de Ciencias Méd.* 2015 fev [acesso em 2016 abr 4]; 73(3):270-283. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13835>.
18. Pförtner TK, Hublet A, Schnohr CW, et al. Socioeconomic inequalities in the impact of tobacco control policies on adolescent smoking. A multilevel study in 29 European countries. *Addictive Behaviors* [internet]. 2016 [acesso em 2016 abr 5]; 5(3):58-66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26454551>.
19. Kipping RR, Campbell RM, MacArthur GJ, et al. Multiple risk behaviour in adolescence. *J. Public Health* [internet]. 2016 [acesso em 2016 abr 5]; 34(1):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22363025>.
20. Torres OV, O'dell LE. Stress is a principal factor that promotes tobacco use in females. *Progress in Neuro-Psych & Bio Psych* [internet]. 2016 [acesso em 2016 abr 7]; 65:260-268. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4618274/>.
21. Bird Y, Staines-Orozco H, Moraros J. Adolescents smoking experiences, Family structure, parental smoking and socioeconomic status in Ciudad Juárez, Mexico. *Inter J for Equity in Health* [internet]. 2016 fev [acesso em 2016 abr 3]; 10(1):15-29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4761169/>.
22. Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, et al. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. *Bras. Pneumol* [internet]. 2011 [acesso em 2016 abr 7]; 37(1):118-128. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n1/en_v37n1a17.pdf.
23. Tondowski CS, Bedendo A, Zuquette C, et al. Estilos parentais como fator de proteção ao consumo de tabaco entre adolescentes brasileiros. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 3]; 31(B12):2514-2522. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2514.pdf.
24. Cerutti F, Ramos SP, Argimon IIL. A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. *Acta. colomb. Psicol* [internet]. 2015 maio [acesso em 2018 out 20]; 18(2):173-185. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v18n2/v18n2a15.pdf>.
25. Hallal ALLC, Figueiredo VC, Moura L, et al. The use of other tobacco products among Brazilian school children (PeNSE 2012) *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 20]; 33(supl3):e00137215. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s3/en_1678-4464-csp-33-s3-e00137215.pdf.
26. Portes LH, Machado CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. *Rev. Panam Salud Publica* [internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 6]; 38(5):370-379. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v38n5/v38n5a04.pdf.
27. Shortt NK, Tisch C, Pearce J, et al. The density of tobacco retailers in home and school environments and relationship with adolescent smoking behaviours in Scotland. *Tob Control* [internet]. 2016 [acesso em 7 abr 2016]; 25:75-82. Disponível em: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2014/11/04/tobaccocontrol-2013-051473>.

Recebido em 23/05/2018

Aprovado em 19/11/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Estudo das mudanças percebidas em usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil a partir de sua inserção nos serviços

Study of the perceived changes in users of Psychosocial Care Centers in the South of Brazil from their insertion in the services

Uiasser Thomas Franzmann¹, Luciane Prado Kantorski², Vanda Maria da Rosa Jardim³, Carlos Alberto dos Santos Treichel⁴

DOI: 10.1590/0103-110420185413

RESUMO Objetivou-se identificar as mudanças percebidas por 1.597 usuários de 40 Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil, utilizando-se a Escala de Mudança Percebida – Pacientes. Na avaliação global da escala, foi evidenciada melhora em 84,9% dos sujeitos participantes do estudo. Verificou-se que os itens com maiores desempenhos de melhora foram os relativos a: problemas pessoais, interesse pela vida, humor, confiança em si mesmo e convivência com a família. Por outro lado, os itens com menores avanços foram: sexualidade, saúde física, tarefas de casa, apetite e energia. Considerando o alto índice de melhora evidenciado no item global da escala, do ponto de vista de resultados, sugere-se uma avaliação positiva do Centro de Atenção Psicossocial enquanto ponto de atenção em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Serviços comunitários de saúde mental. Avaliação de resultados (cuidados de saúde).

ABSTRACT *The aim of this study was to identify the perceived changes by 1.597 users of 40 Psychosocial Care Centers in Southern Brazil, using the Perceived Change Scale – Patients. In the overall evaluation of the scale, improvement was observed in 84.9% of the subjects participating in the study. It was verified that the items with the greatest improvement were those related to: personal problems, interest in life, humor, self-confidence and coexistence with a family. On the other hand, the items with the lowest advances were: sexuality, physical health, housework, appetite and energy. Considering the high improvement index evidenced in the overall item of the scale, from the results point of view, it is suggested a positive evaluation of the Psychosocial Care Centers as a point of attention in mental health.*

KEYWORDS *Mental health. Community mental health services. Outcome assessment (health care).*

¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0029-0549>
thula333@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9726-3162>
kantorski@uol.com.br

³Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8320-4321>
vandamrjardim@gmail.com

⁴Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0440-9108>
carlos-treichel@hotmail.com

Introdução

O processo de reforma psiquiátrica, no Brasil, foi marcado pelo surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que constituem um serviço comunitário aberto do Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Portarias GM/MS nº 4.279/10 e nº 3.088/11, republicada em 2013¹.

O surgimento de novos serviços, orientados pelo modelo de cuidado em saúde mental proposto pela reforma psiquiátrica, é um fenômeno não só no Brasil, mas em diversos países. A partir dessa perspectiva, cada vez mais tem sido enfatizada a necessidade de avaliação desses serviços. Desde 2001, a Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization – WHO) tem indicado que se estabeleçam avaliações sistemáticas que considerem diferentes aspectos dos serviços, bem como seus diferentes atores: usuários, seus respectivos familiares e trabalhadores^{2,3}.

Nesse sentido, a tríade – estrutura, processo e resultado – proposta por Donabedian⁴ tem sido destacada na literatura como um dos pilares para avaliação de serviços de saúde⁵⁻⁸. No campo da saúde mental, pode-se evidenciar nos últimos anos um aumento significativo no interesse pelo tema, especialmente quanto aos aspectos alusivos aos resultados produzidos pelos serviços na vida dos usuários⁵⁻⁸.

Entre os estudos relativos ao tema, ganham destaque aqueles realizados com os usuários na avaliação subjetiva de suas mudanças de vida a partir de sua inclusão no serviço⁵⁻⁹. Essa medida de percepção de mudanças refere-se aos efeitos do tratamento na saúde física e psicológica, na vida social e nas atividades, tal como percebido pelo próprio paciente⁵.

Entre as metodologias adotadas para acessar essas mudanças, evidencia-se o uso da Escala de Mudança Percebida – Pacientes (EMP-Pacientes). No contexto brasileiro, até o momento, além dos estudos de validação, foram conduzidos estudos que realizaram correlação entre os resultados da EMP-Pacientes e a qualidade de vida⁹ e satisfação com o serviço por parte dos usuários⁸, e um estudo comparativo entre os resultados

percebidos entre os usuários e seus familiares⁷.

Os estudos prévios são referências importantes para o fomento de discussões quanto ao tema. No entanto, verificou-se que alguns^{8,9} deles indicavam ser estudos locais com problemas quanto à extrapolação de seus resultados, devido ao seu limitado poder de análise no tocante à forma de amostragem adotada.

Nesse sentido, é evidenciada a necessidade da realização de estudos que consigam avançar para uma avaliação mais abrangente dessa perspectiva. Sendo assim, a fim de contribuir para o avanço da investigação na área, este estudo objetivou investigar a mudança percebida pelos usuários de Caps dos três estados do Sul do Brasil, a partir de sua inserção nos serviços.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, realizado com usuários de Caps, parte integrativa de uma pesquisa de avaliação de serviços de saúde mental de base comunitária da região Sul do Brasil (Capsul II), realizada em 2011.

A coleta de dados ocorreu em 40 Caps do tipo I, II e III, distribuídos nos estados do Sul do Brasil – Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul – e obedecendo aos princípios de regionalização. Ela encontra-se dividida em 6, 9 e 7 macrorregiões de saúde, respectivamente.

A definição do número de serviços estudados ocorreu em função da capacidade de logística e de recursos para realização da pesquisa. Contudo, buscou-se tornar essa amostra representativa dos serviços da região Sul do País por meio da adoção de amostragem probabilística.

O número de Caps do tipo I, II e III disponíveis nos três estados durante a realização da pesquisa correspondia a 232 serviços, divididos numa proporção de 66%, 32% e 2% para Caps do tipo I, II e III. No estado do Paraná, havia 43 Caps do tipo I, 23 Caps do tipo II e 2 Caps do tipo III. No estado de Santa Catarina, eram 45 Caps do tipo I, 12 Caps do tipo II e 2 Caps do tipo III. No estado do Rio Grande do Sul, existiam 65 Caps do tipo I, 40 Caps do tipo II

e nenhum Caps do tipo III.

Para seleção dos serviços, respeitou-se a proporcionalidade de serviços em cada estado, incluindo-se 12 serviços do estado do Paraná, 10 do estado de Santa Catarina e 18 do estado do Rio Grande do Sul. Primeiramente, foram incluídos de forma intencional os 4 Caps do tipo III, e, posteriormente, conduziram-se sorteios que consideraram as regiões de saúde existentes e a proporção de Caps do tipo I e II.

A proporção entre Caps do tipo I e II era de 67% e 33%, respectivamente. Dessa forma, definiu-se que os 36 serviços a serem selecionados deveriam dividir-se em 24 Caps do tipo I e 12 Caps do tipo II. Sendo assim, ao considerar a proporcionalidade dos serviços em cada estado, definiu-se a inclusão de 7 Caps do tipo I para o estado do Paraná, 6 para o estado de Santa Catarina e 11 para o estado do Rio Grande do Sul. No mesmo sentido, definiu-se a inclusão de 3 Caps do tipo II para o estado do Paraná, 2 para o estado de Santa Catarina e 7 para o estado do Rio Grande do Sul.

Os sorteios dos serviços foram conduzidos estado por estado, com base nas regiões de saúde existentes em cada um. No estado do Paraná, em que se previa a inclusão de 7 Caps do tipo I, primeiramente, definiu-se que seria sorteado 1 serviço em cada uma das regiões de saúde, e, posteriormente, por meio de sorteio, foi definida a região para qual seria realizado um novo sorteio para seleção do 7^a serviço a ser estudado. Para seleção dos Caps do tipo II, um primeiro sorteio definiu as 3 regiões de saúde nas quais seriam conduzidos os sorteios dos serviços. Depois se conduziram os sorteios em cada uma dessas regiões de saúde, nos quais se definiram os serviços incluídos na amostra.

No estado de Santa Catarina, em que se previa a inclusão de 6 Caps do tipo I, um primeiro sorteio definiu as 6 regiões de saúde nas quais seriam conduzidos os sorteios dos serviços. Posteriormente, conduziram-se os sorteios em cada uma dessas regiões de saúde, nos quais se definiram os serviços incluídos na amostra. Igualmente, para seleção dos Caps do tipo II, um primeiro sorteio definiu as 2 regiões de saúde

nas quais seriam conduzidos os sorteios. Em seguida, conduziram-se os sorteios em cada uma dessas regiões de saúde, nos quais se definiram os serviços incluídos na amostra.

No estado do Rio Grande do Sul, em que se previa a inclusão de 11 Caps do tipo I, inicialmente, definiu-se que seria sorteado 1 serviço em cada uma das regiões de saúde, e, posteriormente, por meio de sorteio, foram definidas as 4 regiões para as quais seria realizado um novo sorteio para seleção dos 8^o, 9^o, 10^o e 11^o serviços a serem estudados. Para seleção dos Caps do tipo II, definiu-se que seria sorteado 1 serviço em cada uma das regiões de saúde.

Com base no cálculo de amostra, pretendeu-se aplicar o questionário a 1.600 sujeitos. Para prevalência, o cálculo de amostra considerou uma frequência estimada de 50%, com margem de 3 pontos e alfa (α) de 5%, resultando na necessidade de um N=1066. Acrescentaram-se ao N indicado (N=1066) 50% de indivíduos, a fim de considerar perdas e controle de fator de confusão.

A seleção dos entrevistados foi realizada por meio de amostragem não probabilística. Com base nas expectativas do Ministério da Saúde para atendimento nos Caps, buscou-se respeitar uma proporcionalidade de 30% de usuários intensivos, 40% de usuários semi-intensivos e 30% de usuários não intensivos, como previsto nas orientações vigentes¹⁰ no momento da pesquisa. O percentual de perdas no universo dos usuários correspondeu a 0,19%, relacionado a recusas e a dificuldades em responder ao questionário, sendo assim, a população final acessada por este estudo foi de 1.597 usuários.

A coleta foi realizada por 40 entrevistadores treinados previamente. O controle de qualidade dos dados foi realizado na codificação dos instrumentos de coleta, na revisão realizada pelos supervisores ao receber os questionários e na replicação de 5% das entrevistas realizadas. A entrada dos dados no banco ocorreu por meio de dupla digitação, e as diferenças entre os dados foram comparadas e avaliadas.

O desfecho deste estudo foi a melhora percebida pelos usuários de Caps a partir da sua inserção no serviço. Para obtenção do desfecho, foi

utilizada a EMP-Pacientes, proposta por Mercier et al.¹¹, adaptada para o Brasil por Bandeira et al.⁵ e validada por Bandeira et al.⁶.

A EMP-Paciente possui 19 itens, sendo 18 que avaliam as mudanças percebidas relacionadas a: ocupação e saúde física, dimensão psicológica e sono, relacionamentos e estabilidade emocional, e um último item que avalia de forma global a mudança percebida. Cada item apresenta como respostas uma escala do tipo Likert de 3 pontos, em que o ponto 1 equivale a pior do que antes, 2 a sem mudança e 3 a melhor do que antes. Neste estudo, optou-se por classificar escores de 1 a 1,5 como 'piora', escores de 1,51 a 2,5 como 'sem mudança' e escores superiores a 2,51 como 'melhora'.

As análises foram conduzidas com o pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Para apresentação dos resultados, foi utilizada estatística descritiva.

O estudo foi submetido e aprovado, sob ofício de nº 176/2011, pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS nº 466/2012. Os princípios éticos foram assegurados através de: consentimento livre e esclarecido; garantia

do direito de não participação na pesquisa; e anonimato.

Resultados

Foram entrevistados 1597 usuários, sendo 59,2% do sexo feminino. A média de idade foi de 43,1 anos (DP = 12,2), com variação de 18 a 80 anos. A maior parte dos entrevistados (48,9%) afirmou ter até 4 anos de estudo, e 12,5% informaram não possuir escolaridade; quanto à renda, 64,4% referiram renda familiar de até 2 salários mínimos; a maior parte dos participantes (64,8%) entrevistados era solteira, e 16,9% possuíam trabalho remunerado.

Quanto ao quadro clínico, em 493 dos entrevistados, não foi possível precisar o diagnóstico. Entre os demais, a maior parte possuía diagnóstico de depressão (41,12%), 16,3% eram esquizofrênicos, 14,4% possuíam transtorno bipolar, 13,68% transtornos de ansiedade e 14,5% apresentavam quadros de epilepsia ou convulsões. Quase um terço dos entrevistados (31,42%) estava no serviço há menos de um ano, 25,76% frequentavam o serviço há, pelo menos, dois anos, 21,64% entre três a cinco anos, e 21,18% há mais de cinco anos.

Tabela 1. Médias, desvio-padrão e proporção da escala e das subescalas relacionados à mudança percebida pelos usuários de Caps do Sul do Brasil.

Itens	Médias e desvio-padrão	% Piora	% Sem Mudança	% Melhora
Ocupação e saúde física	2,40 (0,48)	7,05	48,71	44,24
Atividades de lazer	2,45 (0,71)	13,12	28,58	58,30
Energia	2,41 (0,75)	15,85	26,96	57,20
Tarefas de casa	2,44 (0,71)	13,00	29,97	57,03
Capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	2,48 (0,68)	10,45	31,41	58,14
Interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	2,51 (0,70)	11,87	25,32	62,82
Sexualidade	2,08 (0,71)	21,65	48,90	29,45
Apetite	2,45 (0,70)	11,79	31,02	57,19
Saúde física	2,37 (0,73)	14,83	33,69	51,48

Tabela 1. (cont.)

Aspectos psicológicos e sono	2,60 (0,44)	2,83	33,79	63,37
Confiança em você mesmo	2,63 (0,60)	6,51	24,21	69,28
Humor	2,64 (0,59)	5,86	24,62	69,52
Problemas pessoais	2,72 (0,55)	5,11	17,91	76,99
Interesse pela vida	2,63 (0,61)	6,89	22,69	70,42
Capacidade de suportar situações difíceis	2,50 (0,69)	10,93	28,23	60,84
Sono	2,51 (0,72)	13,48	22,17	64,36
Relacionamentos e estabilidade emocional	2,58 (0,47)	4,09	39,14	56,77
Convivência com seus amigos ou amigas	2,57 (0,63)	7,43	28,65	63,91
Estabilidade das suas emoções	2,60 (0,62)	7,01	25,65	67,34
Convivência com as outras pessoas	2,58 (0,61)	6,37	29,32	64,31
Convivência com sua família	2,59 (0,66)	9,29	22,80	67,91
Item Global - Avaliação Global das Mudanças	2,83 (0,45)	2,71	12,44	84,9

A *tabela 1* apresenta os dados obtidos para cada item da escala EMP, em termos dos escores médios de percepção de mudança, dos desvios-padrão e das porcentagens dos sujeitos que apresentaram melhora, piora e ausência de mudança. Nessa tabela, também estão destacados os escores médios dos itens de percepção de mudança para cada subescala.

O item global de melhora neste estudo apresentou escore de 2,83, com desvio-padrão de 0,45, sendo evidenciada melhora em 84,9% dos casos. Já quanto às subescalas, aquela com maior escore era relativa aos aspectos psicológicos e ao sono (2,60 DP=0,44), sendo evidenciada melhora em 63,37% dos casos. Um escore semelhante foi encontrado para a subescala relacionamentos e estabilidade emocional, cujo escore foi de 2,58 (DP=0,47). O percentual de melhoras para essa subescala foi de 56,77%. Já a escala de menor escore relaciona-se à ocupação e à saúde física, para a qual foi encontrado um escore de 2,40 e desvio-padrão de 0,48, sendo a subescala com menor índice de melhoras, com 44,24% dos casos.

Exceto pelo item sexualidade, todos os itens investigados pela escala apresentaram, majoritariamente, melhora. Os itens com maior

percentual de melhora foram, respectivamente: problemas pessoais (76,99%), interesse pela vida (70,42%), humor (69,52%), confiança em si mesmo (69,28%) e convivência com a família (67,91%).

Maiores porcentagens de piora foram relatadas nos itens sexualidade (21,65%), energia (15,85%), saúde física (14,83%), sono (13,48%) e atividades de lazer (13,12%). Quanto aos itens nos quais menos se evidenciaram mudanças, aparecem sexualidade (48,9%), saúde física (33,69%), capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões (34,41%), apetite (31,02%) e tarefas de casa (29,97%).

Quanto aos itens nos quais mais indivíduos referiram não haver mudança desde sua inserção no serviço, tem-se sexualidade (48,9%), saúde física (33,69%), capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões (34,41%), apetite (31,02%) e tarefas de casa (29,97%).

Discussão

Este estudo contribui para avaliação da atual política de saúde mental no Brasil. Sua principal contribuição está no fato de avaliar os

resultados do serviço na vida dos usuários de Caps. Embora estudos prévios⁶⁻⁹ tenham realizado investimentos importantes na exploração do tema, em geral, eles indicavam ser estudos locais com problemas quanto à extrapolação de seus resultados. A média de participantes em estudos anteriores foi de 145 sujeitos, variando entre 72⁹ e 300⁶. Nesse sentido, este estudo pode contribuir para uma avaliação mais abrangente, já que foi realizado com usuários de 40 serviços selecionados de forma probabilística, respeitando-se a distribuição dos mesmos por macrorregião de saúde nos três estados do sul do Brasil. Outro aspecto importante deste trabalho é que, além dele, há apenas um estudo⁸ realizado anteriormente que apresenta os escores como percentual de melhora para cada um dos itens da escala de melhora percebida.

Um aspecto importante a ser levado em conta na comparação deste estudo com os realizados anteriormente diz respeito às características da amostra. Enquanto neste estudo não foram impedimentos para participação o tempo do usuário no serviço ou o tipo de diagnóstico, nos estudos anteriores, todos⁶⁻⁹ preconizaram que o participante estivesse há pelo menos um ano inserido no serviço. Em um estudo⁹, foi utilizado como critério possuir diagnóstico de esquizofrenia; e, nos demais⁶⁻⁸, todos os participantes possuíam diagnóstico de transtornos severos e persistentes. Por outro lado, neste estudo, quase um terço (31,42%) dos participantes estava no serviço há menos de um ano, e o diagnóstico mais frequente (41,12%) foi depressão.

Esses aspectos tornam-se relevantes na medida em que indicam heterogeneidades importantes entre as amostras. Ressalta-se que a esquizofrenia, por exemplo, é um dos transtornos mentais mais graves e desafiadores¹², o que pode contribuir para o reconhecimento de melhora por parte de seus portadores quando submetidos ao tratamento. Além do mais, os indivíduos inseridos no tratamento há mais tempo são suscetíveis à apresentação de melhores resultados¹³.

Contudo, entre os estudos que apresentaram os escores de cada uma das três subescalas, este estudo evidenciou maiores pontuações em duas delas: relacionamento e estabilidade emocional (2,58 DP= 0,47) e ocupação e saúde física (2,40 DP= 0,48). Por outro lado, para a subescala aspectos psicológicos e sono, resultados superiores ao deste estudo (2,60 DP= 0,44) foram encontrados por Cesari, Bandeira⁹ (2,62) e por Bandeira et al. (2,78)⁶.

Nesse sentido, pode-se inferir que, de forma geral, os indivíduos envolvidos neste estudo apresentaram bons escores de mudança percebida no sentido de melhora no quadro clínico, reforçando os apontamentos realizados pelo estudo de Tomasi et al.¹³ quanto à efetividade dos Caps no atendimento de portadores de sofrimento psíquico.

Uma potencialidade deste estudo é apresentar os resultados para cada item investigado, igualmente ao que foi feito por Silva et al.⁸. As diferenças mais marcantes na comparação dos escores apresentados entre os itens foram relativas às tarefas de casa e ao interesse em trabalhar ou ocupar-se com alguma coisa, cujos resultados encontrados por Silva et al.⁸ foram superiores. E, ainda, quanto aos itens convivência com amigos, convivência com outras pessoas e convivência com sua família, com resultados superiores no presente estudo.

Esses dados sugerem maior proatividade entre os sujeitos estudados por Silva et al.⁸, cabendo reflexões quanto ao papel dos Caps em estimular seus usuários à realização de atividades cotidianas ou à inserção no mercado de trabalho. Contudo, os maiores resultados quanto às questões relacionadas à convivência sugerem que o Caps cumpre seu papel de ressocialização dos usuários.

Outro fator que tenciona essa reflexão é a comparação entre o percentual de melhora percebida para cada item entre este estudo e os estudos de Cesari, Bandeira⁹, Costa et al.⁷ e Silva et al.⁸. É possível apontar que, entre os 5 menores índices de melhora no presente estudo, encontram-se os aspectos de energia e tarefas da casa, ambos relacionados com

questões alusivas à proatividade. Por outro lado, os resultados encontrados neste estudo para os itens relacionados à convivência com outras pessoas, em especial, com amigos, foram consideravelmente superiores aos dos demais estudos. Enquanto neste estudo o percentual de melhora na convivência com amigos foi de 63,9%, nos estudos de Cesari, Bandeira⁹, Costa et al.⁷ e Silva et al.⁸, o percentual foi de 30,6%, 39% e 48,2%, respectivamente.

Melhores resultados quanto à ressocialização dos usuários de Caps podem ter uma relação direta com a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado, que possui ênfase nos grupos e nas oficinas, possibilitando de forma efetiva e criativa a manifestação da subjetividade e do reconhecimento do outro^{14,15}. No entanto, parece ser um desafio, ainda, às questões relativas à iniciativa individual dos sujeitos, cabendo maiores investimentos por parte dos serviços em estimular a tomada de iniciativa e o desenvolvimento de habilidades de vida independente.

Entre os 18 itens avaliados neste estudo, figuram entre os itens com menores percentuais de melhora aqueles relacionados à sexualidade (29,4%), à saúde física (51,5%) e ao apetite (57,19%).

As questões alusivas à sexualidade dos usuários de Caps muitas vezes são negligenciadas e pouco exploradas pelos profissionais de saúde^{16,17}. Deve-se considerar que a sexualidade é um aspecto relacionado à autoestima e à qualidade de vida do ser humano, e que os usuários de Caps compõem uma população sujeita ao uso de inúmeros psicofármacos¹⁸ que podem afetar sua função^{16,17}. Nesse sentido, os resultados deste estudo sugerem a necessidade de avanços, devendo-se tencionar a inclusão dessa temática cada vez mais nos planos terapêuticos propostos pelos serviços.

A atenção à saúde física dos usuários de Caps tem-se mostrado um desafio aos serviços. Estudos anteriores^{19,20} têm indicado questões como alta prevalência de hipertensão, diabetes, dislipidemias e problemas cardíacos entre

usuários de serviços de saúde mental. Essa perspectiva torna-se um problema na medida em que, muitas vezes, em vez de cumprir o papel de um dos pontos de atenção à saúde dessa população, o Caps é visto como o único prestador de cuidados àqueles que convivem com algum transtorno mental²¹⁻²³. Nesse sentido, os resultados deste estudo tencionam, ainda, a necessidade de sensibilizar tanto profissionais do Caps quanto de outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, em especial, das unidades de Estratégia de Saúde da Família, para a necessidade de uma ação conjunta no atendimento dos indivíduos com transtornos mentais em sua complexidade, considerando tanto suas necessidades psíquicas como físicas.

Contudo, é preciso destacar o alto índice de melhora geral encontrado neste estudo por meio do item global da escala de avaliação de mudança percebida. Embora a frequência de melhora percebida entre os itens avaliados tenha variado de 29,45% a 76,99%, no item global de avaliação, 84,9% dos sujeitos participantes do estudo referiram melhora a partir de sua inserção no serviço.

Dessa forma, sugere-se que talvez haja, ainda, outros fatores, além dos itens avaliados pela escala, que podem influenciar a percepção de melhora por parte dos usuários. Nesse sentido, aconselha-se que investigações futuras busquem refinar essa avaliação, a fim de possibilitar maior compreensão da relação entre a percepção geral de mudanças e os fatores que influenciam essa perspectiva.

Conclusões

Entre os itens avaliados pela EMP-Pacientes, aqueles com maior percentual de melhora foram, respectivamente: problemas pessoais, interesse pela vida, humor, confiança em si mesmo e convivência com a família, evidenciando, assim, a efetividade dos Caps no processo de reabilitação psicossocial de seus usuários.

Já os itens com menores avanços foram: sexualidade, saúde física, tarefas de casa, apetite e

energia. Dessa forma, recomenda-se a necessidade de maiores investimentos dos serviços nas questões alusivas ao estímulo de seus usuários para a realização de atividades cotidianas, inserção no mercado de trabalho, além da necessidade de uma ação conjunta da rede de serviços em saúde no atendimento dos indivíduos com transtornos mentais, considerando tanto as suas necessidades psíquicas como físicas.

Destaca-se, contudo, o alto índice de melhora geral evidenciado na população de usuários de Caps do Sul do Brasil por meio do item global da escala de avaliação de mudança percebida. Dessa forma, do ponto de vista de resultados, sugere-se uma avaliação positiva do Caps enquanto ponto de atenção da rede de

serviços que compõe a atual política de saúde mental no Brasil.

Embora contribua, de forma global, para avaliação dos resultados dos serviços na vida de seus usuários, a falta de distinção entre as características dos indivíduos acessados impossibilita o levantamento de informações acerca dos subgrupos de usuários que mais se beneficiaram com o tratamento. Da mesma forma, não é possível saber quais abordagens terapêuticas foram acessadas pelos indivíduos que apresentaram melhora ou piora de seus quadros clínicos. Sendo assim, recomenda-se fortemente para estudos futuros a investigação dos fatores associados à melhora ou à piora dos itens avaliados. ■

Referências

1. Brasil. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial – Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
2. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2013.
4. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
5. Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, et al. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. J Bras Psiquiatr. 2009; 58:107-14.
6. Bandeira M, Andrade MCR, Costa CS, et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. Psicol Reflex Crit. 2011; 24:236-44.
7. Costa CS, Bandeira M, Cavalcanti RLA, et al. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. Cad Saúde Pública. 2011; 27:995-1007.

8. Silva MA, Bandeira M, Scalon JD, et al. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *J Bras Psiquiatr.* 2012; 61:64-71.
9. Cesari L, Bandeira M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59:293-301.
10. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
11. Mercier L, Landry M, Corbiere M, et al. Measuring client's perception as outcome measurement. In: Roberts AR, Yeager KR, editors. Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 904-9.
12. Oliveira RM, Facina PCBM, Siqueira-Junior AC. A realidade do viver com esquizofrenia. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65:309-16.
13. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26:807-15.
14. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Cien Saude Colet.* 2011; 16:3051-60.
15. Moll MF, Alves JF, Silva DC, et al. Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num Centro de Atenção Psicossocial. *RPESEN.* 2015 Dez; 14:24-30.
16. Moura ERF, Guedes TG, Freire SA, et al. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Rev Esc Enferm USP* 2012, 46:935-43.
17. Barbosa JAG, Souza MCMR, Freitas MIF. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20:2165-72.
18. Bartels SJ, Pratt SI, Aschbrenner KA, et al. Pragmatic Replication Trial of Health Promotion Coaching for Obesity in Serious Mental Illness and Maintenance of Outcomes. *Am J Psychiatry.* 2015; 172:344-52.
19. Woodhead C, Ashworth M, Schofield P, et al. Patterns of physical co-/multi-morbidity among patients with serious mental illness: a London borough-based cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2014; 15:117.
20. Baller JB, McGinty EE, Arzin ST, et al. Screening for cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: a review of the evidence. *BMC Psychiatry.* 2015;15:55.
21. Kantorski LP, Jardim VMR, Andrade FP, et al. Analysis of the general health condition of the users of CAPS I and II in the south region of Brazil. *Rev enferm UFPE on line.* 2011; 5:1024-31.
22. Wetzel C, Kantorski LP, Olshowsky A, et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16:2133-43.
23. Jardim VMR, Treichel CAS, Kantorski LP, et al. Sobre peso e obesidade entre pessoas com transtorno mental no sul do Brasil. *J Nurs Health.* 2017; 7(3):e177301.

Recebido em 18/10/ 2017
Aprovado em 06/03/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença

Mental illness on contemporary society: conceptual notes on the theory of social determination of the health-disease process

Vitória Nassar Viapiana¹, Rogério Miranda Gomes², Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque³

DOI: 10.1590/0103-11042018S414

RESUMO Este trabalho objetiva sistematizar elementos conceituais a fim de contribuir para a análise do adoecimento psíquico na sociedade contemporânea, a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença, referencial teórico que reconhece a existência de um nexos biopsíquico constituidor dos indivíduos e estabelecido em sociedade. Analisou as características do capitalismo contemporâneo, com ênfase na organização do trabalho, permeado por processos destrutivos da saúde, geradores de cargas psíquicas relacionadas com a produção de sofrimento e adoecimento. O desgaste gerado nesse processo produz um perfil epidemiológico marcado pelas altas taxas de transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE Trabalho. Capitalismo. Estresse psicológico. Transtornos mentais. Saúde mental.

ABSTRACT *This study's goal is to systematize conceptual elements in order to contribute to the analysis of mental illness on contemporary society, from the theory of social determination of the health-disease process, a theory that recognizes the existence of a biopsychic nexus from which are constituted individuals, and which is socially established. We analyze the characteristics of contemporary capitalism, emphasizing the organization of labor, which is teeming with processes that are destructive to health and that generate psychic loads related to the production of suffering and illness. The weariness generated in such process produces an epidemiological profile marked by high rates of mental disorders.*

KEYWORDS *Work. Capitalism. Stress psychological. Mental disorders. Mental health.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8425-7879>
vitoriaviapiana@gmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Curitiba (PR), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2055-0558>
rogeriomgomes@uol.com.br

³Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Curitiba (PR), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7544-412X>
guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com



Introdução

Este estudo tem como objetivo a sistematização de alguns elementos conceituais que contribuam para a análise do adoecimento psíquico na sociedade contemporânea a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença, tal como compreendida pela epidemiologia crítica.

Os transtornos mentais são agravos de saúde altamente prevalentes na sociedade atual. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, transtornos mentais como depressão, abuso de álcool, transtorno bipolar e esquizofrenia se encontram entre as 20 principais causas de incapacidade. A OMS^{1,2} estima que atualmente a depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas, sendo que a taxa de prevalência na maioria dos países varia entre 8% e 12%. É a principal causa de incapacitação dos indivíduos no mundo quando se considera o total de anos perdidos (8,3% dos anos para homens e 13,4% para mulheres) e a terceira principal causa da carga global de doenças em 2004. A previsão é de que subirá ao primeiro lugar até 2030.

Santos e Siqueira³ analisaram estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira e verificaram que as taxas variam de 20 a 56%. Os transtornos mais prevalentes indicados nos estudos são os de ansiedade, de humor, os somatoformes e o abuso de álcool.

Esses dados, em geral, têm como principal consequência as reivindicações por ampliação da disponibilidade de serviços de assistência aos sujeitos em sofrimento. Contudo, a gravidade do quadro tem repercutido relativamente pouco em estudos sobre as causas do aumento do adoecimento psíquico nos dias atuais, fazendo com que a relação entre sofrimento/adoecimento psíquico e condições de vida e trabalho seja ainda um tema de pouca visibilidade.

Isso se deve principalmente ao predomínio da racionalidade biomédica, a partir de meados do século XX, como principal guia orientador dos conhecimentos e práticas

relacionados com o sofrimento psíquico. A moderna psiquiatria, transitando da referência na psicodinâmica para a neurobiologia, reflete esse movimento de tentativa de localização e restrição dos fenômenos psíquicos ao âmbito orgânico, cerebral. Com isso, constrói-se uma compreensão biologicista dos ‘transtornos mentais’ como entidades autônomas, anistóricas, isoladas do contexto sociocultural em que se inserem os indivíduos. O que Basaglia⁴ caracterizou como a psiquiatria colocando os sujeitos, e suas vidas, entre parênteses para compreender a doença. A partir dos anos 1950, a produção dos psicofármacos impulsiona a dinâmica biologicista por meio da teoria dos neurotransmissores. Com isso, a psiquiatria busca se aproximar da legitimidade conferida à medicina como prática social científica e supostamente neutra em relação aos processos e valores sociais⁵.

Esse já é, contudo, um momento de críticas às limitações da compreensão biomédica da saúde-doença, expressas nas várias teorias biopsicossociais, ecológicas e sistêmicas iniciadas no primeiro terço do século XX. Em alguns países da América Latina, esse processo ganha conotações mais críticas com a produção em torno da teoria da determinação social do processo saúde-doença que, no caso brasileiro, irá influenciar o surgimento do campo da saúde coletiva a partir do fim dos anos 1970. Esse movimento, somado a diferentes leituras críticas da área da psicologia, contribuirá para que, nas duas últimas décadas, o fenômeno do sofrimento psíquico seja objeto de estudos que problematizam sua relação com os processos sociais, com as condições de vida e de trabalho.

Ainda assim, a relação entre o adoecimento psíquico e o trabalho é pouco estudada. O fato de o sofrimento psíquico não possuir caráter tangível e ser menos visível que os agravos orgânicos dificulta o estabelecimento do chamado ‘nexo causal’ entre trabalho e adoecimento⁶.

Para Paparelli, Sato e Oliveira⁷ são muito comuns duas compreensões distintas acerca da relação saúde-doença e trabalho: para a primeira, a causa do adoecimento dos trabalhadores deve ser identificada no indivíduo,

em suas características fisiológicas, psíquicas, sociais e em seu contexto de vida; a segunda defende e naturaliza a ideia de que o trabalho produz sofrimento e que isso não pode ser mudado, é uma determinação inquestionável e intransponível.

Atualmente, ampliam-se os estudos em áreas como a saúde do trabalhador e a saúde mental e trabalho que têm fornecido um rico subsídio à compreensão de processos geradores de adoecimento psíquico no trabalho. Uma característica importante desse campo de estudos da relação entre saúde mental e trabalho é a heterogeneidade conceitual e metodológica. Com a complexidade do tema, por vezes, muitos estudos utilizam-se de referenciais teóricos antagônicos, buscando no ecletismo respostas para as dificuldades de apreensão do objeto. Não obstante suas importantes contribuições, o caminho metodológico de enfoque nos fenômenos do psiquismo ocasionalmente motiva estudos com a finalidade de compreender o adoecimento psíquico relacionado com o trabalho que isola essa forma de sofrimento das demais formas de impacto do trabalho sobre a integralidade dos sujeitos. Não raramente, desconsidera-se a indissociabilidade entre os elementos do processo de trabalho que causam sofrimento psíquico e aqueles que resultam em agravos físicos. Com isso, ainda que não intencionalmente, vários desses estudos, ao fragmentar as dimensões corporal e psíquica, acabam por recair em um dualismo entre subjetividade e corpo, característico da tradição cartesiana⁸.

Este artigo tem o caráter de delineamento conceitual, uma aproximação ao tema, a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Utilizou-se dessa teoria, desenvolvida pela medicina social latino-americana e pela epidemiologia crítica, a fim de buscar elementos que contribuam para ampliar o conhecimento a respeito da relação entre sofrimento e trabalho. Esse referencial teórico rejeita a fragmentação entre as dimensões corporal e psíquica, reconhecendo que ambas conformam um 'nexo biopsíquico' constituidor

dos indivíduos⁹. Esse elo biopsíquico estabelece-se em sociedade, ou seja, embora as dimensões biológica, psíquica e social componham os indivíduos, a última possui uma posição hierárquica superior na determinação dos sujeitos e coletivos humanos, inclusive em seus processos de saúde-doença, dada a sua capacidade de subsunção dos outros dois âmbitos¹⁰.

Discute-se neste escrito como as formas de produção capitalistas, permeadas por processos destrutivos da saúde física e mental, geram significativas cargas psíquicas que se relacionam com a produção de sofrimento e adoecimento. Estabeleceu-se, dessa forma, um diálogo com a profícua e contraditória produção das áreas voltadas ao estudo da relação entre sofrimento psíquico e trabalho a partir de um referencial teórico específico, procurando contribuir para o enriquecimento dos conhecimentos sobre esse tema.

A determinação social do processo saúde-doença

Para compreensão de formas particulares de sofrimento e adoecimento, como o sofrimento psíquico, é fundamental a compreensão da produção social das dimensões biológica e psíquica humanas. Isto é, os processos pelos quais as relações sociais, a história, a cultura subsumem – incluem e subordinam – o biológico. Para Breilh¹⁰, a produção de doenças ocorre no plano coletivo, e, portanto, não se pode desvincular o estudo do processo saúde-doença do contexto social em que está inserido. Para tanto, é necessário analisar os processos estruturais de cada sociedade, decorrentes de determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção. Esse complexo delimita um modo de produção específico, abrangendo determinadas classes sociais e suas frações. Nas distintas formações sociais concretas, essas classes e frações poderão apresentar novos arranjos próprios, além de segmentações em grupos e coletividades com características particulares. As classes, frações e grupos sociais

desenvolvem determinados perfis de reprodução social, expressos em modos particulares de vida, aos quais estão associados determinados perfis epidemiológicos.

A fim de compreender a forma como se produzem esses perfis epidemiológicos, e para se contrapor à concepção biomédica tradicional de riscos e fatores, Breilh¹⁰ propõe a noção de processo, que incorpora a complexidade, contradição e movimento da realidade.

As condições de saúde-doença dos indivíduos se desenvolvem mediante um conjunto de 'processos críticos', que podem adquirir propriedades protetoras e benéficas (saudáveis) ou destrutivas e deteriorantes (insalubres) da saúde, nos vários âmbitos da vida – trabalho, consumo e cotidiano, político, ideológico e da relação com o ambiente. São 'processos críticos protetores' aqueles que favorecem defesas e suportes e estimulam uma orientação favorável à vida humana. Já os 'processos críticos destrutivos' geram privação ou deterioração da vida. Os processos se desenvolvem no seio de uma formação social específica e são marcados pelas possibilidades reais de cada modo de vida e, portanto, podem se tornar protetores ou destrutivos de acordo com as condições históricas em que ocorrem. Não existem processos protetores ou destrutivos de forma abstrata. É no seu desenvolvimento concreto que os processos adquirem caráter protetor ou destrutivo. Um mesmo processo pode ainda desencadear simultaneamente efeitos protetores e destrutivos¹⁰.

Grande parte dos processos protetores e destrutivos resulta, direta ou indiretamente, das formas como se organiza o processo de trabalho, pois é ele o aspecto determinante das condições de vida e em torno do qual se estrutura um modo de produção¹¹. A cada modo de produção correspondem processos de trabalho específicos. Para Laurell e Noriega⁹, a conformação concreta do trabalho permite compreender como se constitui o nexo biopsíquico humano. Todavia, não é suficiente analisar apenas os aspectos técnicos do trabalho, como suas características físicas, químicas e

mecânicas ou os instrumentos e tecnologias nele envolvidos. Deve-se compreender o processo de trabalho, no caso do capitalismo, como a materialização de uma determinada relação de exploração do capital sobre o trabalho.

Buscando apreender a complexidade do nexo biopsíquico humano, sem reduzi-lo a elementos isolados, a medicina social latino-americana desenvolveu a categoria 'cargas de trabalho', possibilitando a identificação de elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo-psiquismo do trabalhador, gerando desgaste (perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica). As cargas são expressões particulares das formas específicas do processo de produção e podem ser divididas em físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Ao atuarem sobre o corpo-psiquismo, combinam-se, potencializam-se umas às outras e se tornam processos intracorporais e intrapsíquicos complexos, provocando mudanças fisiológicas⁹.

Mesmo as cargas físicas, químicas, mecânicas e biológicas podem ter efeitos psíquicos nos trabalhadores a elas submetidos, como afirma Seligmann-Silva¹² ao se referir a questões como ruído, calor, poeira, vibrações, gases, ventilação e luminosidade.

No que se refere especificamente às cargas psíquicas, são divididas em elementos que causam sobrecarga psíquica (tensão prolongada) e subcarga (impossibilidade de desenvolvimento e uso da capacidade psíquica). Como exemplos de sobrecarga psíquica, podem-se citar a atenção permanente, a supervisão com pressão, a consciência da periculosidade do trabalho e os altos ritmos de trabalho. A subcarga psíquica pode ser exemplificada pela perda do controle sobre o trabalho quando o trabalhador é subordinado ao movimento de uma máquina, a desqualificação do trabalho advinda da separação entre concepção e execução, a fragmentação do processo de trabalho, a repetitividade, monotonia, entre outros. Tanto as sobrecargas quanto as subcargas psíquicas são comuns sob o modo de produção capitalista⁹.

Os processos críticos implicam a modulação de cargas de trabalho e, ao mesmo tempo, configuram-se como uma síntese concreta destas. Por exemplo, a intensificação do trabalho é um processo crítico destrutivo, que tem como consequência a intensificação das cargas existentes em um processo de trabalho particular. Nesse sentido, compreende-se o processo de trabalho como constituído por múltiplos processos que, por sua vez, resultam na alteração de diferentes cargas.

Dessa forma, o estudo de determinada condição de saúde-doença envolve a análise de processos estruturais do modo de produção predominante em dada formação social. Neste caso, essa investigação implica a análise do capitalismo contemporâneo e suas características fundamentais determinantes dos atuais processos de trabalho. Só assim é possível apreender em profundidade o perfil epidemiológico da sociedade contemporânea, marcado pelas altas taxas de sofrimento e de adoecimento psíquico.

Trabalho, subjetividade e capitalismo

A centralidade do trabalho na vida dos indivíduos não se deve somente ao fato, importante, de ocupar parte significativa do tempo de vida na sociabilidade contemporânea. Por meio do trabalho em sociedade, o humano produz os meios necessários à sua sobrevivência, ampliando as capacidades humanas de transformação da natureza e do mundo. Ao transformar o mundo, os sujeitos também transformam a si próprios; a atividade é a base dos atributos humanos. Nesse sentido, o trabalho tem um caráter ontológico, constituidor do ser social, e fundador, portanto do gênero humano¹¹.

Além de ser o meio para a satisfação das necessidades pessoais, o trabalho é também fonte de identificação e autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas e de sentimento de participação nos objetivos da sociedade¹³. A centralidade do trabalho,

portanto, não decorre apenas de seu papel como fonte de sustento para a maioria da população, mas também de seu caráter constituidor dos sujeitos, inclusive na dimensão psíquica. Como atividade principal do gênero humano, ela engendra processos de formação da consciência e da personalidade, bem como desperta emoções e sentimentos, elementos envolvidos com o sofrimento e com o adoecimento psíquico.

A própria estrutura da consciência e a personalidade estão intimamente relacionadas com a atividade, visto que são resultado da relação entre fatores extrínsecos, as condições materiais de vida e as relações sociais, e fatores intrínsecos, os processos biológicos e psíquicos que se desenvolvem em consequência da atividade humana¹⁴. Desse modo, essas duas dimensões são sínteses de aspectos objetivos e subjetivos, sendo formadas a partir das relações sociais que o indivíduo estabelece com o mundo, por meio de sua atividade¹⁵.

Emoções e sentimentos também estão intimamente relacionados com as atividades que os indivíduos desempenham, incluindo o trabalho, pois são originados na realidade objetiva.

O sujeito tem uma atitude emocional em relação aos objetos e fenômenos do 'mundo real' e os sente de distinta maneira segundo as relações objetivas particulares em que se encontra com eles¹⁶ [grifo e tradução nossa].

Reações emocionais são motivadas por tudo o que, direta ou indiretamente, satisfaz necessidades dos indivíduos e que se relaciona com as exigências sociais. Objetos e fenômenos que permitem a satisfação das necessidades ou correspondem às exigências sociais suscitam vivências emocionais positivas. Por outro lado, aquilo que obstrui a satisfação de necessidades ou não se adequa às exigências da sociedade resulta em emoções negativas.

Para Leontiev¹⁴, um dos principais componentes da estrutura da consciência é a relação entre significações sociais e sentidos pessoais. A significação é o reflexo generalizado da realidade elaborado pela humanidade e fixado na forma

de conceitos, saberes ou até mesmo saber-fazer (modo de ação generalizado, normas de comportamentos etc.). É a forma ideal da experiência e da prática sociais da humanidade, a forma mediante a qual o homem assimila a experiência humana generalizada. É independente da relação individual com a realidade refletida. O que uma significação se torna para determinado indivíduo constitui o sentido subjetivo e pessoal. O sentido traduz a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados e está diretamente vinculado à sua vida, suas necessidades e interesses.

Sob o capitalismo, o trabalhador é alienado em relação aos meios de trabalho, perdendo o controle sobre o objeto, os instrumentos e a organização do trabalho. Com isso, além dos produtos, o próprio processo de trabalho aparecerá para os agentes como externo e independente, um ente estranho. Produto e processo de trabalho, uma vez reificados, ao invés de controlados pelos agentes, aparecem como um poder que lhes é superior, que lhes controla. O trabalho, ao invés de espaço de realização, de finalidade da existência humana, torna-se, para os agentes, mero meio de garantia da sobrevivência individual¹¹. O sentido do trabalho para os trabalhadores deixa de se localizar nele mesmo, encontrando-se em algo externo – o salário. Em outras palavras, o sentido que o trabalho adquire para o trabalhador não coincide com sua significação objetiva, há uma cisão entre sentido e significado. Essa relação se traduz, na consciência, pela desintegração de sua estrutura geral¹⁴. Nesse contexto, o trabalho perde sua capacidade realizadora dos sujeitos, agrega cada vez menos elementos que dão sentido à sua vida, podendo se converter facilmente em trabalho imposto, forçado e, conseqüentemente, fonte de sofrimento.

Capitalismo contemporâneo e acumulação flexível

Embora a hegemonia mundial do modo de produção capitalista permaneça praticamente

inabalável, as formas como se apresenta a organização dos processos produtivos têm sofrido modificações, reestruturações periódicas, associadas às necessidades de cada fase da acumulação.

A partir da década de 1970, em resposta a mais uma de suas crises, o capital empreende uma reorganização da produção e do trabalho visando à recuperação das taxas de lucro e dos níveis de expansão. Essa reestruturação produtiva institui um conjunto de processos que representa a passagem a um novo regime de acumulação, caracterizado pela busca da superação do caráter mais rígido do fordismo-taylorismo, anteriormente predominante. A ‘acumulação flexível’, originalmente desenvolvida a partir do modelo toyotista, apoia-se na flexibilidade dos processos e mercados de trabalho, e dos produtos e padrões de consumo¹⁷. A maior flexibilidade e mobilidade permite aos empregadores exercerem maior controle sobre a força de trabalho, já enfraquecida pelo aumento do desemprego a níveis sem precedentes após a Segunda Guerra Mundial.

Em resposta à dinamicidade do mercado consumidor, o toyotismo diferencia-se da produção homogênea característica do modelo fordista-taylorista incorporando a variedade e a heterogeneidade. Baseada no trabalho em equipe e integrando a multivariabilidade de funções, confere nova aparência ao trabalho parcelar. A produção é estruturada de forma flexível, possibilitando ao trabalhador operar várias máquinas simultaneamente, sob o princípio do *just in time*, para o melhor aproveitamento possível do tempo de produção¹⁸.

Além disso, nesta fase da acumulação capitalista, as empresas se tornam mais ‘enxutas’, isto é, reduzem o contingente de força de trabalho (trabalho vivo) ao mesmo tempo que ampliam a tecnologia (trabalho morto) com os recursos da automação e da microeletrônica. A introdução de novas tecnologias é um dos aspectos centrais da acumulação flexível e tem como resultado, para um segmento dos trabalhadores, a exigência de maior qualificação, bem como a capacidade de realizar múltiplas atividades simultaneamente. Essa

‘multifuncionalidade’ do trabalhador, contudo, diferentemente de significar ampliação do grau de reflexão e realização no trabalho, reflete de fato a intensificação dos ritmos e cargas de trabalho¹⁸. Nesse sentido, talvez o termo que melhor expresse essa nova condição posta para o trabalhador contemporâneo seja o de multitarefas, dada a característica de responsabilização por múltiplos atos fragmentados.

Por outro lado, a maioria das atividades são cada vez mais simplificadas, empregando uma força de trabalho com baixo grau de qualificação e substituível a qualquer momento. Como consequência, tem-se, de um lado, uma parte mais qualificada dos trabalhadores, com algumas condições mínimas de segurança no emprego, e, de outro, uma grande parcela de trabalhadores precarizados.

Também faz parte da atual tendência do mercado a redução do número de trabalhadores em tempo integral, com vínculos mais estáveis com o emprego, e a contratação de uma força de trabalho ‘flexível’, subcontratada, facilmente empregada e demitida¹⁷. Ampliam-se as formas precárias de emprego – trabalho informal, terceirizado, em tempo parcial – com menos direitos sociais. O aumento das taxas de desemprego e a transformação do desemprego maciço em fenômeno permanente resultam em um quadro extremamente precário e de pauperização, inclusive com utilização de mecanismos supostamente pretéritos de exploração – aumento de jornadas, trabalho infantil, trabalho escravo ou semiescravo¹⁹.

Com a acumulação flexível, torna-se cada vez mais comum a utilização de formas de gestão e técnicas de trabalho em equipe (células de produção, times de trabalho, grupos semiautônomos) que exigem o envolvimento participativo dos trabalhadores. Requer-se uma nova disposição subjetiva, uma mudança de atitude em relação ao processo produtivo, incentivando-se habilidades cognitivo-comportamentais proativas, mobilizando-se conhecimentos, capacidades, atitudes e valores, para que os trabalhadores se adaptem à nova organização do trabalho de modo favorável à

acumulação capitalista²⁰. Com essa ‘captura da subjetividade’, reprime-se e controla-se a força de trabalho mediante a internalização de regras, utilizando as emoções dos agentes e constituindo um processo de cooperação/cooptação, de envolvimento manipulatório²¹. Como consequência, fragmenta-se a consciência de classe dos trabalhadores, enfraquecendo sua luta contra o capital¹⁸.

Além das técnicas de envolvimento, com o impulso à intensificação do trabalho, estabelecem-se novas formas de coerção, mais refinadas, veladas e associadas à busca de consentimento (cooptação) dos trabalhadores. Generalizam-se formas de violência, como o assédio, dispositivos organizacionais voltados à obtenção de submissão dos trabalhadores às imposições de sobrecarga de trabalho, uma forma política repressiva escolhida pelas empresas para viabilizar a lucratividade²².

Com a acumulação flexível, o trabalho expande-se para além da empresa, absorvendo outras dimensões do cotidiano, como os espaços de lazer e descanso, tornando praticamente todo o tempo de vida extensão do trabalho²⁰. Com as novas tecnologias de comunicação, o espaço das empresas se ‘desterritorializa’, de modo que tarefas do trabalho invadem a esfera doméstica, estendendo a jornada. O trabalhador deve estar a todo momento ‘conectado’, psiquicamente disponível para a empresa, podendo ser solicitado a qualquer momento, de acordo com a demanda de produção²¹. Além disso, parte importante do tempo livre destina-se ao aperfeiçoamento profissional, qualificação e adequação ao processo de trabalho. Esse quadro, além de contribuir para ampliação do desgaste, impacta, ainda, na redução do tempo de recuperação, de reprodução da força de trabalho⁸.

Todas essas transformações particulares da acumulação flexível, cabe salientar, respondem a uma necessidade imanente ao modo de produção capitalista, independentemente da formação social concreta em que se apresente: a busca permanente pelo aumento da acumulação. Como a base material da acumulação

de valor é a exploração do trabalho, trata-se de ampliar a taxa de mais-valia. Seja através dos mecanismos de aumento da mais-valia absoluta – aumento de jornada, intensificação do trabalho, redução de salários; seja mediante mecanismos de aumento da mais-valia relativa – aumento da produtividade por meio de avanço tecnológico. Esse quadro alarmante tem como importantes repercussões a desregulamentação dos direitos trabalhistas, o aumento da fragmentação entre os trabalhadores, a precarização e terceirização da força de trabalho e a subordinação do sindicalismo classista¹⁸.

Algumas implicações do trabalho na sociedade contemporânea sobre o psiquismo

Esse quadro sintético da acumulação flexível pode subsidiar a compreensão de várias repercussões sobre a saúde dos indivíduos e coletividades nos dias atuais. São vários os ‘processos críticos destrutivos’ nos atuais processos de trabalho. Dentre os principais, cabe destacar: o aumento de jornada; os vários mecanismos de intensificação do trabalho (aumento de ritmo, a multifuncionalidade, o aumento das formas de salário por peça-productividade, a implantação de metas, o trabalho em domicílio, entre outros); as várias formas de precarização (terceirização, trabalho temporário, parcial etc.); as novas formas de coerção (violência-assédio); os atuais mecanismos de controle e consentimento (a captura da subjetividade, o autocontrole pela equipe-célula produtiva).

Esses processos serão responsáveis por produzir o aumento de um conjunto de cargas específicas – mecânicas, físicas, psíquicas, fisiológicas etc. – a depender da atividade laboral particular analisada. O aumento do desgaste provocado por essas cargas ante as limitadas possibilidades de restauração das capacidades vitais dos sujeitos produzirá um perfil epidemiológico típico desse período.

A superioridade do desgaste sobre a reprodução pode se manifestar física e/ou psicologicamente de diversas formas. Por um lado, além da manutenção dos acidentes de trabalho (traumatismos, amputações e mortes), ampliam-se as doenças crônicas relacionadas com o aumento de ritmo e de pressão, sejam as lesões musculares (lesões por esforços repetitivos, lombalgias crônicas etc.), sejam as doenças cardiovasculares, que, apesar de associadas em estudos epidemiológicos a condições de trabalho sob estresse excessivo, têm o nexo com o trabalho cotidianamente ignorado^{19,23}.

Em relação ao desgaste psíquico, como consequência das novas formas de gestão do trabalho, ocorre o aumento das sobrecargas psíquicas, tais como: a pressão por intermédio de metas, ou mesmo dos próprios colegas de trabalho; a ‘internalização’ das regras da empresa por parte dos trabalhadores; a exigência de alta produtividade e a atenção permanente dela decorrente; a concentração exigida pelo aumento do número de máquinas a serem operadas ou supervisionadas; e os altos ritmos de trabalho, nos quais se eliminam quaisquer períodos de suposta ‘improdutividade’ (momentos de descanso). Paralelamente, acentuam-se as subcargas psíquicas, com a restrição do desenvolvimento das capacidades psíquicas em função do aprofundamento da alienação, tal como se observa na subordinação dos indivíduos à tecnologia cada vez mais automatizada, na manutenção do trabalho parcelar, ainda que no formato multitarefas, e na ausência de interferência dos trabalhadores sobre o planejamento do trabalho⁸.

Os estudos de Seligmann-Silva¹² atestam para o fato de que a intensificação do trabalho é um dos principais fatores na produção do cansaço e de suas complicações sobre a saúde mental. De acordo com a autora, as manifestações mais comuns são: a fadiga, sentida pelos trabalhadores como cansaço e irritabilidade, expressando-se também em desânimo e descontrole, podendo evoluir para a fadiga patológica e o Esgotamento Profissional (Síndrome de Burnout); os distúrbios do sono,

cuja acentuação contribui para o agravamento da fadiga e para o surgimento de quadros psicopatológicos; o desencadeamento de crises (psicóticas, epiléticas, de agitação psicomotora etc.), causadas principalmente por situações de aumento extremo da jornada de trabalho (prolongamento da jornada, supressão de folgas, dobras de turno, trabalho em domicílio) e pela intensificação do ritmo de produção; os acidentes de trabalho (o desgaste gerado no trabalho pode prejudicar a atenção, memória, raciocínio e a capacidade de tomar decisões rapidamente em situações emergenciais, o que pode contribuir para ocasionar acidentes); e os transtornos mentais.

Em época de acumulação flexível, os mecanismos de intensificação do trabalho se aprimoram. O capital torna-se capaz de mobilizar, intensa e profundamente, a subjetividade, estimulando o comprometimento dos trabalhadores pela vigilância coletivamente exercida pela equipe²⁰. Essa forma de controle, exercida pelos trabalhadores sobre si mesmos, gera insegurança, nervosismo, ansiedade, perturbações no sono e sintomas psicossomáticos. O ambiente de trabalho se torna mais competitivo, e as relações de trabalho, mais distantes e frias, permeadas pela individualidade e desconfiança. Além disso, as formas de violência, como o assédio, ampliam a instabilidade e tensões no local de trabalho, transformando-o em um espaço degradado, inseguro e arriscado, não só para os que sofrem o abuso, mas para todos²².

Para Seligmann-Silva¹², somam-se a esse quadro de tensão emocional as vivências de insegurança no trabalho. Trabalhadores mais vulneráveis, como os temporários, ainda sofrem pela situação de desproteção ou de alternância entre emprego e desemprego, o que pode gerar ansiedade e levar a transtornos mentais.

Os altos níveis de desemprego e a permanência de um significativo exército industrial de reserva exercem forte coerção sobre os trabalhadores empregados, fazendo com que se submetam a condições precárias de trabalho, na tentativa de manterem o emprego. Configura-se um cenário

em que o trabalho gera altos níveis de desgaste ao nexo biopsíquico humano, prolongando as circunstâncias desgastantes até o esgotamento ou adoecimento²³.

Aos desempregados, ainda, são comuns sentimentos de vergonha, autodesvalorização, insegurança e tristeza pelas perdas de emprego, além de revolta e injustiça. Isso contribui para a irradiação de uma sensação generalizada de instabilidade, desenvolvida inclusive pelos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Uma consequência imediata do desemprego é o isolamento social, podendo ocasionar quadros psicopatológicos, sendo o alcoolismo e a depressão os mais referidos na literatura¹².

Diretamente relacionado com a problemática do sofrimento psíquico no trabalho está o tema do suicídio. Observou-se que, segundo Fried¹², durante crises econômicas, ocorre considerável aumento dos índices de suicídio e das taxas de transtornos mentais, além do crescimento de problemas psicossomáticos. Reeves, McKee e Stuckler²⁴ verificaram que, após a recessão de 2007, as taxas de suicídio aumentaram em quase todos os países da Europa. Segundo os autores, choques econômicos podem piorar a saúde mental e levar ao suicídio, principalmente devido ao desemprego (o suicídio é 2,5 vezes mais comum em desempregados) e ao endividamento.

Segundo Franco, Druck e Seligmann-Silva²⁵, muitos dos regimes de trabalho atuais estão em contradição com os biorritmos dos indivíduos, principalmente no que se refere às cargas e ritmos de trabalho, resultando em adoecimentos. De fato, a fase da acumulação flexível coloca exigências ao nexo biopsíquico geradoras de níveis de desgaste que superam significativamente sua capacidade de reprodução. Se em momentos pretéritos, como os séculos XVIII e XIX, a disparidade entre desgaste e reprodução tinha como consequência a alta mortalidade e baixa expectativa de vida da classe trabalhadora, nos dias atuais, esse contraste se expressa de forma distinta. Reduz-se a mortalidade e prolonga-se a vida. Entretanto, uma vida sofrida, agonizante, permeada por

profundos sinais de desgaste, expressos nas diversas formas de sofrimento crônico.

Considerações finais

Discuti-se neste trabalho como as características gerais do modo de produção capitalista, e seus aspectos mais específicos desenvolvidos a partir da acumulação flexível, podem afetar a subjetividade, engendrando emoções e sentimentos relacionados com processos de sofrimento e de adoecimento psíquico. Essa dinâmica pode ser compreendida a partir dos conceitos de processos críticos – protetores e destrutivos – e de cargas de trabalho, os quais possibilitam a compreensão do desgaste que é gerado no processo de trabalho, bem como a conformação do nexos biopsíquico humano nesse contexto.

O enfoque do artigo no processo de trabalho decorre das limitações de espaço e não implica a desconsideração de outros âmbitos da vida dos indivíduos e coletividades permeados por processos críticos protetores e destrutivos da saúde, como os âmbitos do cotidiano e do consumo, o político-ideológico e o do ambiente. Ao mesmo tempo, cabe destacar o papel condicionante do trabalho sobre essas outras dimensões.

Práticas de prevenção relacionadas com o sofrimento psíquico devem necessariamente

ter como objetivo a transformação desses processos, sob pena de perderem eficiência em produzir alteração significativa nos indicadores epidemiológicos.

Nesse sentido, são fundamentais as iniciativas voltadas à melhoria das condições de trabalho, redução da intensificação, dos ritmos, da precarização e da violência no trabalho por exemplo. Como o principal processo geral motivador das várias organizações e estruturas produtivas na sociedade é a acumulação capitalista, o processo saúde-doença na sociedade reflete inevitavelmente a contradição capital-trabalho. Transformar os processos de trabalho – e, por consequência, a sociedade – em espaços mais saudáveis e realizadores para seus executores envolve necessariamente a contraposição à lógica do capital. Trata-se, em síntese, de colocar a vida e a saúde acima do lucro.

Colaboradores

Vitória Nassar Viapiana contribuiu para a concepção, planejamento, análise e elaboração do texto. Rogério Miranda Gomes contribuiu para a concepção, planejamento, análise e elaboração do texto. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque contribuiu para a revisão do conteúdo. ■

Referências

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. Geneva: WHO, 2008 [acesso em 2017 maio 21]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO, 2012 [acesso em 2017 maio 21]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.
3. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010 59(3):238-246.
4. Basaglia F. Loucura/delírio. In: Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 237-257.
5. Caponi S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Cad Bras Saúde Mental*. 2009 1(1):1-8.
6. Borsoi ICF. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicol Soc*. 2007; 19(1):103-111.
7. Paparelli R, Sato L, Oliveira F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais de saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011; 36(123):118-127.
8. Malaguty S. Sofrimento pelo trabalho: uma contribuição a partir da Teoria da Atividade de A. N. Leontiev [tese]. [Curitiba]: Universidade Federal do Paraná; 2013. 151 p.
9. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
10. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
11. Lukács G. Para uma ontologia do ser social I. São Paulo: Boitempo; 2012.
12. Seligmann-Silva, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.
13. Navarro VL, Padilha, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicol Soc*. 2007; 19(1):14-20.
14. Leontiev A. O desenvolvimento do psiquismo. São Paulo: Moraes; 1998.
15. Martins LM. A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano. Campinas: Autores Associados; 2007.
16. Smirnov AA, Leontiev AN, Rubinshtein SL, et al. Psicologia. México: Grijalbo; 1960. Blagonadezhina LV. Las emociones y los sentimientos. p. 355-384.
17. Harvey D. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola; 2003.
18. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo; 2013.
19. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):151-161.
20. Alves G. Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo; 2011.
21. Souza TMS. Assédio moral e reestruturação produtiva. *Rev Trabajo Social*. 2009 2(2):21-36.
22. Barreto M, Heloani R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serv Soc Soc*. 2015; (123):544-561.

23. Almeida MR, Gomes RM. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Nuances*. 2014 jan; 25(1):155-175.
24. Reeves A, Mckee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry*. 2014; 205(3):246-247.
25. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010; 35(122):229-248.

Recebido em 18/06/2017
Aprovado em 05/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família

Facilities and difficulties experienced in Permanent Health Education, in the Family Health Strategy

Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro¹, Marcelo Schenk de Azambuja², Andrea Wander Bonamigo³

DOI: 10.1590/0103-110420185415

RESUMO A Educação Permanente em Saúde está presente nos serviços de saúde, sendo o processo pelo qual as equipes buscam o aperfeiçoamento, a organização e a qualificação das ações. Objetivou-se analisar facilidades e dificuldades na realização da Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a técnica de pesquisa-ação. Como facilidades tem-se a utilização de metodologias ativas, integração da equipe, abertura da gestão e planejamento das atividades. E como dificuldades, a falta de participação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, infraestrutura, desvalorização de alguns saberes e incompreensão dos métodos utilizados.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Saúde da família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Permanent Health Education is present in the health services, being the process by which the teams seek improvement, organization and qualification of the actions. It was aimed to analyze facilities and difficulties in the accomplishment of Permanent Health Education, in the Family Health Strategy. This is a qualitative study, which used the research-action technique. Facilities include the use of active methodologies, the integration of the team, the opening of the management and the planning of activities. And as difficulties, the lack of participation of the professionals, work overload, infrastructure, devaluation of some knowledge and incomprehension of the methods used.*

KEYWORDS *Continuing education. Family health. Primary Health Care.*

¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0069-7023>
enfermeiro.guiopinheiro@gmail.com

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) – Porto Alegre (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9811-1459>
marcelos@ufcspa.edu.br

³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) – Porto Alegre (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6435-704X>
andreawb@ufcspa.edu.br



Introdução

Os serviços de saúde brasileiros vêm desenvolvendo um entendimento em torno do conceito da Educação Permanente em Saúde (EPS) – que é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como aprendizagem no trabalho, na qual ensinar e aprender são atos incorporados ao cotidiano –, baseando-se na aprendizagem significativa e tendo como objetivo a transformação da realidade local das práticas profissionais e da organização do trabalho¹.

Assim, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em seu primeiro ciclo, teve a participação de 17.202 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 70,7% de adesão dos municípios. Os profissionais foram questionados sobre a existência de ações de EPS na Atenção Primária à Saúde (APS), revelando que 81,1% dos municípios apresentaram alguma experiência de EPS: tele-saúde, cursos presenciais, trocas de experiências, atividades educativas a distância e tutoria, entre outras modalidades educativas². Esses dados do PMAQ-AB auxiliam no conhecimento da dimensão do tema tratado no presente estudo, dado que mais de 14 mil equipes da ESF do País relatam vivenciar alguma atividade educativa em seu cotidiano.

Ao verificar essa realidade, é preciso entender que nem todas as modalidades citadas anteriormente fazem parte do rol da EPS. No entanto, é preciso refletir sobre o fato de atividades educativas ocorrerem no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, é necessário que processos educativos estejam inseridos no dia a dia dos profissionais, para que os serviços estejam preparados para prestar assistência de forma adequada aos diferentes públicos que necessitam de cuidado. Neste sentido, é importante pensar o trabalho em saúde como peça-chave para que tal processo se torne realidade no Sistema Único de Saúde (SUS), pois o trabalho em saúde é considerado um “trabalho vivo em ato”³⁽⁴⁷⁾. Sendo assim, os instrumentos, o conhecimento e as relações são essenciais para que o processo de trabalho

se efetive na produção de cuidado e na organização da assistência à saúde.

A EPS se destaca nessa compreensão, pois, segundo Ceccim e Ferla⁴, apresenta uma ligação entre educação/trabalho/cidadania, através da superação do processo de ensino-aprendizagem para uma política de educação e saúde, reforçando a ligação política entre saúde e educação. Além disto, para que a EPS se torne realidade, são necessários alguns ajustes no que diz respeito aos processos educativos, como, por exemplo, a superação da cultura da educação bancária através da pedagogia da problematização, esta que, segundo Freire⁵, coloca o indivíduo como protagonista e não como mero espectador da construção do conhecimento.

Do mesmo modo, o MS publicou a Portaria Gabinete do Ministro nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que define a EPS “como uma política de formação e desenvolvimento para o SUS”⁶⁽²¹⁾, pois tem a função de articular as necessidades dos serviços de saúde e as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, observando as capacidades resolutivas de cada serviço e a gestão social das políticas de saúde. Baseados nisto, os serviços de saúde vivenciam, em seus cotidianos, diferentes experiências no que diz respeito ao processo educativo. E estas, por sua vez, representam transformações nas práticas e nas relações dos trabalhadores⁶.

Nessa perspectiva, faz-se imprescindível buscar elementos para aprimorar os processos educativos vivenciados pelas equipes de saúde da APS. Esse desafio ressignifica a EPS nos serviços de saúde e lança elementos para a qualificação destes serviços, a partir de um processo educativo coerente com a prática profissional. O processo educativo proporcionado pela EPS também se configura como uma ação política, na qual os atores envolvidos, a partir de suas práticas cotidianas, elaboram diferentes construções de cuidado e de transformação da realidade. Com o intuito de qualificar as ações de EPS, é interessante conhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde no processo de EPS. Assim,

o objetivo deste artigo compreende a análise das facilidades e dificuldades para a realização das estratégias de EPS, no cotidiano de trabalho da ESF.

Metodologia

Trata-se do recorte de um estudo de mestrado intitulado 'Educação Permanente em Saúde e suas implicações no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde', apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a técnica de pesquisa-ação para alcançar seus objetivos. Assim, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo et al.⁷, se ocupa de um nível de compreensão que não é possível de ser quantificado, ou seja, ela responde a questões particulares.

Para facilitar a compreensão do processo de EPS na APS, a pesquisa-ação auxiliou na busca de respostas e alternativas com vistas à consolidação de práticas de EPS no processo de trabalho das equipes de saúde. Tudo isto sendo a pesquisa-ação um método de pesquisa não convencional, que busca a intervenção, o desenvolvimento e a mudança, prevendo a interação entre o pesquisador e os atores envolvidos⁸.

Os participantes foram profissionais de saúde lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Arvorezinha⁹ (RS), envolvidos no processo de EPS e que atuam na ESF ou nas equipes de apoio matricial, totalizando 33 profissionais de todos os níveis de formação. A coleta de dados utilizou um questionário autoaplicável, sobre o processo de EPS, sendo realizada entre maio e outubro de 2016.

O município está situado na região Alta do Vale do Taquari, distante cerca de 200 km da capital, Porto Alegre (RS). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, o município possuía 10.585 habitantes. Deles, 3.952 residiam na zona rural e 6.633 na zona urbana, o que perfazia uma densidade demográfica de 38,96 hab/km² ⁹.

Em relação à assistência à saúde e à estrutura do SUS em nível municipal, havia serviços próprios e contratados. No que diz respeito aos serviços próprios, havia duas Unidades de Saúde da Família (USF); três equipes de saúde da ESF; duas equipes de apoio matricial, sendo uma equipe do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (Naab) e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Desde 2014, o município vivencia um fortalecimento no processo de educação permanente junto às equipes, por meio da criação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (Numesc), que é responsável pela coordenação, articulação e organização dos processos educativos na SMS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante o parecer substanciado nº 1.459.159, de 21 de março de 2016. Assim, todos os participantes passaram pelo processo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação na pesquisa. Ainda, o financiamento foi próprio dos pesquisadores e não houve conflitos de interesses na execução do estudo.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde lotado na SMS de Arvorezinha (RS); ter mais de 18 anos de idade; aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; estar envolvido no processo de EPS; e estar vinculado a uma equipe de saúde da atenção básica (ESF ou de apoio matricial – Naab ou Nasf).

Para a realização desta pesquisa-ação foram estabelecidos alguns instrumentos, como espaços para discussão, formação, planejamento e avaliação, ações que foram realizadas em dois encontros de seminários, além de um questionário de base. As questões nele contidas versavam sobre o processo de EPS; o entendimento de cada um sobre a EPS; a experiência; as contribuições junto aos usuários, à equipe e à gestão; as facilidades e dificuldades na vivência da EPS no cotidiano; e sugestões de estruturação. As respostas dos questionários foram agrupadas conforme cada categoria, estando identificadas como Q1, Q2, Q3 e assim sucessivamente,

enquanto que os seminários estão identificados como Seminário 1 e Seminário 2.

A partir disso, foi realizado o primeiro encontro do seminário, previamente agendado com a gestão e com todas as equipes, durante o qual foram realizados tanto a contratualização da pesquisa-ação quanto o aprofundamento das discussões acerca das perguntas dos questionários. A partir dessas primeiras etapas, foram pautados os demais procedimentos da pesquisa. As dificuldades elencadas pelos trabalhadores nos diferentes contextos e possibilidades de trabalho alavancaram a busca de alternativas para o trabalho com a EPS.

Já no segundo encontro do seminário, foi realizado o planejamento de uma intervenção educativa junto às equipes de APS do município. Todos os atores construíram coletivamente o projeto de intervenção e comprometeram-se com sua implantação no contexto de trabalho de cada um. Depois disso, foram consolidadas as propostas e apresentadas às equipes, o que garantiu legitimidade à empreitada e impulsionou a sua realização.

Após esse planejamento, a equipe do Numesc, em conjunto com as equipes de saúde, retomou as atividades de EPS, conforme planejado. Foram trabalhados temas como 'Promoção da saúde' e 'Cuidando do cuidador'. Ao final de cada uma das ações, foram realizadas avaliações, nos âmbitos individual e das equipes. Essas avaliações serviram de base para o planejamento das atividades seguintes, auxiliando na melhoria das ações e na compreensão da função do Numesc e da pesquisa-ação naquela realidade.

Os dados gerados foram analisados a partir do processo de análise temática proposto por Minayo¹⁰ que define tal análise como o descobrimento dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique algo para o objeto de estudo.

Resultados e discussões

A partir da vivência da EPS no contexto do município em estudo, fez-se importante conhecer

como se davam as práticas de EPS, as quais ocorriam das mais diversas formas e nos mais variados espaços. Conjuntamente a elas, existiam fatores/situações/momentos/condições que facilitavam essas práticas, transformando-as em ações efetivas de educação no trabalho. Para uma possível discussão e elaboração de um projeto que resultasse em impacto no cotidiano da EPS das equipes de saúde, fez-se necessária a busca de elementos que apoiassem a realização das atividades, além de outros tantos que se apresentassem como dificuldades, para, assim, buscar força e transformar a realidade. A fim de tornar isto possível, os dados apresentados nesta seção são provenientes dos questionários respondidos e validados a partir da discussão nos encontros do seminário.

Inicialmente, faz-se importante ressaltar que foram lembradas algumas estratégias para a realização das atividades educativas, chamadas aqui de métodos. Dessa forma, destacou-se o trabalho com metodologias ativas, com temas bem elaborados. Além disso, os atores salientaram que alguns representantes do Numesc participaram de uma especialização em EPS, o que facilitou e oxigenou muitas atividades educativas, conforme relato a seguir:

Dois representantes do Numesc fizeram a especialização em EPS; abertura da gestão para o Numesc trabalhar com as equipes; os encontros ocorrerem nas próprias reuniões de equipe faz com que a maioria participe; trabalhar com metodologias ativas; materiais disponíveis. (Q5).

Assim, destaca-se a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem não convencionais, como as metodologias ativas de aprendizagem, a aprendizagem significativa, a pedagogia da implicação e a da problematização. A utilização de metodologias que priorizam a pró-atividade dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem vem em substituição a um modelo que não responde mais a questões da atualidade, dado que, na atual conjuntura social do País, a rapidez da informação e a evolução das tecnologias

estão ao alcance de muitos. Portanto, torna-se necessário um método que coloque o sujeito como um ator/construtor do conhecimento e não mais como aquele sujeito paciente, que recebia as informações prontas do professor, em um modelo de educação bancária⁵.

As metodologias ativas de aprendizagem ou de ensino-aprendizagem, como alguns autores a expressam, são baseadas na tríade ação-reflexão-ação, sendo o seu uso lembrado em diferentes estudos como uma estratégia de fortalecimento da EPS¹¹, na qual há a participação ativa dos sujeitos envolvidos, que, além de poderem articular teoria e prática, problematizam a realidade vivida por cada um¹², para construir o conhecimento e fazer a experiência de um processo de ensino-aprendizagem baseado nas suas individualidades.

Nesse sentido, há a menção, no estudo de Cardoso¹³, de ações educativas realizadas com a utilização das metodologias ativas de aprendizagem sobre a temática escolhida pelos participantes, que, em sua maioria, são sobre programas ou políticas do MS.

Desse modo, as experiências de EPS apresentam elementos que facilitam o processo educativo, principalmente no que diz respeito à utilização de metodologias ativas nesse contexto. Entretanto, na realidade pesquisada, não houve uma integração efetiva dos usuários com a equipe nesse processo de formação permanente dos profissionais, diferentemente do que aconteceu no estudo anteriormente citado, embora a equipe se sentisse integrada, conforme os trechos dos questionários a seguir:

Integração da equipe como um todo. (Q2).

Todo o grupo participa ativamente. (Q21).

Os profissionais estão empenhados continuamente para a realização da EPS. (Q23).

Nessa perspectiva e como consequência da integração da equipe, houve uma potencialização da vontade de aprender e de realizar trocas, pois, muitas vezes, os profissionais realizavam

suas atividades e ações sem se darem conta do que estavam fazendo, ou seja, não paravam para refletir sobre o processo que vivenciavam, conforme relato do profissional a seguir: *“Vontade de aprender, vontade de trocar. Às vezes, parece que os profissionais fazem e não se dão conta de que estão fazendo”* (Seminário 1).

A união da equipe e a participação ativa de todos favorecem esse ambiente e valorizam cada membro como um indivíduo com potencial. Slomp Junior, Feuerwerker e Merhy¹⁴ acreditam que esta integração é consequência dos encontros que ocorrem entre os diferentes atores implicados na EPS, pois todos têm oportunidade de expressar as suas experiências quando essas metodologias são utilizadas.

Outro elemento facilitador apresentado pelos atores desta pesquisa foi o fato de haver abertura da gestão para o Numesc trabalhar com as equipes, pois, se a gestão não autorizasse, as equipes não estariam ocupando esses espaços, uma vez que a EPS era realizada, principalmente, nas reuniões de equipe, criando e mantendo um espaço para isso, de acordo com os relatos a seguir:

Se a gestão não desse essa abertura, não teria reunião de equipe e muito menos EPS. (Seminário 1).

A EPS é realizada nas reuniões de equipe, se criou um espaço para EPS. (Seminário 1).

Nesse seguimento, D'Ávila et al.¹² apontam que um dos elementos que facilitam a realização da EPS é a adequação de um espaço físico que favoreça o processo educativo. Neste caso, se pode superar a compreensão do espaço físico e também entender o espaço dedicado à reunião da equipe como a oportunidade de reunir o grupo em um espaço temporal.

Além do mais, há a preferência pela escuta ativa de toda a equipe, a partir de práticas dialógicas que fomentem a discussão, através da disposição dos ambientes em círculo. Outros estudos também demonstram que a disposição em círculo facilita a discussão dos

assuntos, predispõe a maior participação dos sujeitos e gera outras possíveis relações entre eles^{13,15,16}, baseadas em princípios como “horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes”¹⁶⁽²³⁶²⁾. Esses princípios corroboram o desenvolvimento de ações democráticas, que valorizam a participação e a contribuição de todos na construção do conhecimento como um espaço importante para trocas.

A fim de que as ações possam ocorrer, é necessário que haja organização e planejamento. Contudo, a equipe do Numesc era limitada e poucos participavam ou se envolviam no processo de planejamento, o que pode ser visto no relato a seguir:

O grupo que organiza e é visto com boa vontade, não fazem nada por obrigação, mas sim porque gostam, têm prazer de estar fazendo e tentando ir além. Tem boa vontade em fazer e não obrigação. E essa boa vontade transmite para a equipe. Assim, a equipe interage mais. (Seminário 1).

Esse elemento pode ser visto como facilitador, mas também pode ser um entrave para o processo de EPS, pois não é algo inerente ao trabalho, ainda que seja fundamental para que a EPS ocorra de forma natural e proveitosa para todos.

Alguns estudos apresentam o planejamento como algo importante e básico para que as ações educativas obtenham sucesso, uma vez que o planejamento das ações contribui para que a equipe se organize, à medida que a atividade é prevista com antecedência e respeita certa periodicidade¹¹. Corroborando o que ocorre nesta realidade, Costa et al.¹⁷ apresentam um panorama no qual as atividades ocorrem, em sua maioria, nos espaços já formalizados de educação ou de organização e planejamento. São as reuniões de equipe, inseridas na carga horária de cada profissional.

Dessa forma, os trabalhadores apontam que essas reuniões representam atividades produtoras de ações educativas. Isto contribui para que haja o desenvolvimento da interdisciplinaridade, que, segundo Ezequiel et

al.¹⁸, é consequência da EPS, pois quando os saberes e as vivências são colocados no mesmo plano, acontece a interação da teoria com a prática e vice-versa, o que faz com que esse processo se torne dinâmico e transformador de realidades, articulando diferentes saberes, criando outras formas de construção do trabalho, extrapolando o que está previsto nos protocolos e manuais, chegando ao campo das subjetividades em saúde¹⁹.

Outras experiências, nas quais a EPS se dá a partir da construção coletiva dos atores envolvidos, contextualizadas à realidade vivenciada pelos indivíduos e incorporada no cotidiano do trabalho^{14,20}, igualmente envolvem a resolução dos problemas levantados pelas equipes, ou aspectos dos processos de trabalho^{12,13,16,21}. Estas ações, quando construídas de forma coletiva, dialógica e horizontal, colaboram nos processos formativos para as equipes da ESF, gerando significados importantes para o processo de trabalho, estabelecendo uma relação ação-reflexão-ação ou teórico-prática. Tudo isto contribui para o princípio de que o processo educativo precisa partir da realidade vivenciada pelos sujeitos, envolvendo-os e buscando uma melhoria no processo de trabalho, conseqüentemente, melhorando a assistência prestada à comunidade.

Outros elementos foram destacados como dificuldades ou entraves. Foram eles: os percalços que a EPS passava na realidade da ESF do município estudado, como a falta de participação de alguns profissionais, a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura, a desvalorização dos saberes dos profissionais de nível médio e as dificuldades de compreensão dos métodos utilizados na ação educativa.

Os atores trouxeram a falta de interesse e a falta de participação de alguns profissionais como algumas das dificuldades que causavam atrasos no processo educativo. Apontaram que seria importante despertar o interesse de todos os profissionais, e não apenas dos profissionais que do Numesc, conforme os relatos a seguir:

A realização da EPS está centrada em poucos profissionais, pouco tempo para organizar a EPS (devido à sobrecarga de trabalho), não envolvimento de outros profissionais, falta de participação médica (ficando só centrada nos enfermeiros, técnicos e ACS [Agentes Comunitários de Saúde]). Em relação ao tempo, o espaço para EPS acaba ficando muito curto. (Q5).

Dificuldade em reunir os profissionais. Nem todos têm interesse e horário. (Q15).

A minha participação nas reuniões é pequena, infelizmente, em função da demanda nos serviços. (Q31).

Confirmando essa situação, alguns estudos apresentam as faltas de apoio e participação de alguns profissionais, como médicos¹¹ e farmacêuticos¹³, mesmo diante da presença destes profissionais na maioria das unidades de saúde, compondo as equipes. Sendo assim, a questão maior nesta análise se dá por problemas na adesão, o que se configura enquanto um entrave na prática da EPS. Uma vez que o profissional não está ocupando os espaços que são seus, acaba deixando de interagir com os demais membros da equipe, comprometendo a articulação interdisciplinar e o trabalho com a comunidade.

Outro relato de um profissional apresentou uma dificuldade que acabou causando transtornos na construção da EPS, como segue:

Percebe-se que, na reunião de equipe das ESF, existe um descaso com os técnicos presentes. Infelizmente, ainda, nas ESF do município, o saber está mais direcionado ao saber médico. (Q3).

Assim, percebe-se que há uma valorização do saber biomédico, desvalorizando os demais conhecimentos ali presentes. Do mesmo modo, Fortuna et al.²¹ demonstram um entrave no processo de educação no trabalho, que é a desvalorização dos profissionais de nível médio – ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem. Isto se dá porque muitos profissionais entendem que a teoria é superior

à vivência, não considerando que ambas são complementares e, isoladamente, nenhuma é eficaz na construção do conhecimento. Notam-se, ainda, a divisão técnica e social do trabalho, a forte hierarquização e as relações de poder verticalizadas como condições para essa desvalorização.

Embora, em alguns locais, a valorização até ocorra, é preciso refletir como, em nosso cotidiano, devem ser trabalhados os diferentes grupos de profissionais, para alcançar uma condição de interdisciplinaridade nos serviços de saúde. Nesta lógica, pode-se entender que essa dificuldade de conduzir os diferentes no cotidiano não representa algo novo, e que ela só será superada quando os trabalhadores se apropriarem dos espaços de discussão. No entanto, segundo Silva e Peduzzi²⁰, os trabalhadores da saúde que ocupam esses espaços não costumam refletir sobre a dificuldade de realizar atividades emancipatórias de educação no trabalho. Já em outras áreas do conhecimento, como as humanas e sociais, os profissionais são preparados para estar presentes nesses espaços, empoderando-se das discussões.

Outro elemento que dificultou esse processo esteve associado à concepção de EPS que os profissionais apresentaram. No mesmo sentido elencado anteriormente, no qual o saber está centrado no tecnicismo e no modelo biomédico, surgiram algumas observações e sugestões, por parte de alguns profissionais, para que o processo de EPS se tornasse mais técnico e conduzido de uma forma mais tradicional, sugerindo a utilização de metodologias tradicionais.

Sugiro uma EPS mais técnica, [...] o tipo do trabalho que seria interessante para a gente focado não só na doença, mas na prevenção, que seria a nossa vontade principal como atenção básica. Focado na prevenção, em algumas doenças, o que a gente tem visto que é mais prevalente, mais do nosso dia a dia. (Seminário 1).

Corroborando com essa compreensão, Silva et al.²² ressaltam que esse processo educativo vai além do aperfeiçoamento técnico, possibilitando transformações, novas visualizações,

ampliação da visão e, principalmente, a valorização dos conhecimentos coletivos dos trabalhadores envolvidos nas ações. Assim, é importante que a relação teoria-prática possa ser vivenciada no dia a dia dos serviços e incorporada às ações de EPS, com o objetivo da melhoria contínua de ações e serviços.

Outro aspecto evidenciado pelos atores foi a falta de estrutura física adequada, já que uma das unidades do município não possuía uma sala de reuniões, como retratou o profissional: “*Falta de espaço na Unidade Básica de Saúde, dificultando o trabalho de todos*” (Q27).

Alguns estudos demonstram que há uma precariedade no que diz respeito à infraestrutura, o que dificulta a realização das atividades educativas, da mesma forma que é possível verificar a falta de interesse em adequar os recursos institucionais para que as práticas de EPS ocorram satisfatoriamente nos serviços^{11,12}. Tudo isto integra o planejamento, que precisa ocorrer de forma estratégica e sistematizada com a equipe. No entanto, é fundamental um espaço adequado para a realização das ações educativas no trabalho.

Os sujeitos mencionaram, ainda, as dificuldades em relação à falta de conscientização da população sobre a importância da EPS, a sobrecarga de trabalho e o excesso de demanda nas equipes.

Sobre a conscientização da população a respeito da EPS, fizeram menção a todos os profissionais que, em suas atividades, precisaram se envolver e explicar, para a população, a importância das atividades educativas, com o objetivo de melhorar a assistência à saúde. Dessa forma, seria interessante se houvesse um envolvimento dos usuários no processo de EPS. Um estudo de Cardoso¹³ relata que é possível notar que poucas são as experiências que integram os usuários nos processos educativos no trabalho, pois é mais conveniente para alguns profissionais que os usuários busquem a equipe apenas quando estiverem precisando de algo e não para discutir problemas ou situações do cotidiano dos serviços.

Foram verificadas outras situações consideradas como limitações, apontadas por

alguns profissionais e ratificadas por Ricardi e Sousa¹¹ e Fortuna et al.²¹, como a sobrecarga de atividades e programas, e os problemas vivenciados pelas famílias sob responsabilidade dos profissionais da ESF. Essas situações dificultaram os procedimentos, pois desequilibraram as agendas profissionais, complicando o atendimento aos usuários, como se vê na seguinte fala:

[...] há excesso de demanda de trabalho, os profissionais estão inundados de assistência – consultas, VD [visita domiciliar], grupos, entre outras. (Seminário 1).

É possível notar que uma eventual sobrecarga de responsabilidades possa se dar pela falta de planejamento e pela dificuldade na organização dos serviços, ocasionando problemas no atendimento à população e, conseqüentemente, mantendo os profissionais inundados na assistência à saúde, deixando em segundo plano alguns aspectos relativos aos processos educativos.

Conclusões

A EPS é uma estratégia que oferece subsídios, métodos, maneiras e engendramentos para a qualificação e organização do trabalho em saúde. Além disto, ela contribui significativamente para a reorientação dos processos no interior das equipes de saúde, tensionando os diferentes atores no sentido de buscarem algo mais em seu cotidiano de trabalho. Ainda, contribui positivamente com a gestão e no gerenciamento dos diferentes espaços no campo da saúde. É importante salientar que este estudo ocorreu em um município específico, com menos de 20 mil habitantes, de realidade semelhante à da grande maioria dos municípios do País neste quesito, pois, segundo o IBGE²³, 73% dos municípios brasileiros se encaixam neste perfil.

A partir disso, visualizaram-se alguns aspectos que facilitaram e viabilizaram a realização

de ações educativas nos seios das equipes de saúde da ESF, e também algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho, no que diz respeito à vivência da EPS nesse cotidiano. Assim, conhecer as facilidades vivenciadas pelas equipes ajuda a fortalecer o processo de EPS e garante a sua efetiva realização no cotidiano dos trabalhadores, enquanto o ato de tornar conscientes as dificuldades amplia o olhar crítico sob o trabalho em saúde, criando estratégias para superá-las.

Para que seja possível essa superação, investimentos públicos devem ser realizados, não somente em termos financeiros, mas principalmente em pessoal capacitado, sempre priorizando uma política de EPS. É preciso, ainda, que ocorra um aumento no número de pesquisas nesse campo, com o intuito de garantir a aplicabilidade de tal processo educativo, levando ao convencimento dos gestores em saúde a importância privilegiada que a EPS ocupa na realidade do SUS e a forma pela qual ela pode contribuir nesse processo.

Nessa perspectiva, as transformações no campo da saúde requerem a integração de diferentes campos e setores, bem como o empoderamento dos atores sociais, a partir das ações de participação popular, da qualificação da gestão em saúde e de investimentos no aprimoramento da formação dos profissionais. Portanto, é preciso que os atores compreendam a construção do processo que precisa ser vivenciado e experimentado, para que o trabalho em saúde e todo o seu processo educativo sejam responsáveis por fomentar transformações no cotidiano dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde, a comunidade e os diferentes encontros entre todos os atores desse processo oportunizam práticas educativas e de

saúde. Assim, o presente artigo explicita que, mais que ensino-aprendizagem a partir do trabalho, é preciso que se aprenda a aprender em todos os momentos da vida, e que isto leva a uma ampliação dessa pedagogia que surge e se consolida a cada dia no fazer em saúde. Desta forma, faz-se necessário incluir a EPS no cotidiano do trabalho, entendendo-a não somente como uma ferramenta meramente pontual, pois a educação no e para o trabalho precisa permear todos os fazeres profissionais.

Os trabalhadores da área de saúde têm papel imprescindível nessa compreensão, quando se entendem como educadores, enquanto valorizam todos os envolvidos no processo educativo, os seus conhecimentos, a comunicação; possuem uma postura ética, crítica, reflexiva, humana e indissociável do processo de viver. Dessa forma, será possível superar o modelo biomédico e inserir as práticas educativas, efetivamente, no cotidiano do trabalho em saúde, logrando melhores resultados na prática da APS.

Colaboradores

Na elaboração deste artigo, Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro contribuiu com a concepção da ideia, coleta de dados, discussão dos resultados, análise dos dados, além da preparação, revisão e aprovação da versão final. Marcelo Schenk de Azambuja colaborou na concepção da ideia, discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final. Andrea Wander Bonamigo auxiliou na concepção da ideia, coleta de dados, discussão dos resultados, análise dos dados, revisão e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União. 28 Feb 2014.
2. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg. Saúde debate*. 2014 out; (51):145-160.
3. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Rev. Trab. Educ. Saúde*. 2008 nov-2009 fev; 6(3):443-456.
5. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 59. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
7. Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, et al., organizadores. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 30. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
8. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
9. Arvorezinha. Município de Arvorezinha [internet]. Arvorezinha: [data desconhecida]. [acesso em 2015 set 11]. Disponível em: <http://www.arvorezinhars.com.br>.
10. Minayo MCS. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Ricardi LM, Sousa MFD. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Rev. Ciênc. Saúde Colet*. 2015; (20):209-218.
12. D'ávila LS, Assis LN, Melo MB, et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Rev. Ciênc. Saúde Colet*. 2014; (19):401-416.
13. Cardoso IM. "Rodas de Educação Permanente" na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. *Rev. Saúde e Soc*. 2012; 21(supl. 1):18-28.
14. Slomp Junior H, Feuerwerker LC, Merhy EE. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Rev. Ciênc. Saúde Colet*. 2015; (20):1795-1803.
15. Rodrigues ACS, Vieira GDLC, Torres HDC. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; (44):531-537.
16. Araújo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Rev. Ciênc. Saúde Colet*. 2012; (17):2357-2365.
17. Costa VZ, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. *Invest. Educ. Enferm*. 2010; 28(3):336-44.
18. Ezequiel MCDG, Noel BK, Lemos PP, et al. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde – Sieps. *Rev. Bras. Educ. Méd*. 2012; (36):112-130.
19. Ramos M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Rev. Saúde e Soc*. 2009; 18(sup. 2):55-59.
20. Silva JAMD, Peduzzi M. Educação no trabalho na

atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Rev. Saúde e Soc.* 2011; (20):1018-1032.

21. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2013; (21):990-997.
22. Silva LAAD, Ferraz F, Lino MM, et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Rev. Gaúch.*

Enferm. 2010; (31):557-561.

23. IBGE. IBGE Cidades [internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [acesso em 2015 ago 31]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>.

Recebido em 18/08/2017

Aprovado em 17/01/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia

Network care continuity and living network movements in user-guide paths

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad¹, Alzira de Oliveira Jorge²

DOI: 10.1590/0103-110420185416

RESUMO Com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico no nosso País, a capacidade das Redes de Atenção à Saúde de garantir o acesso e a continuidade de cuidados a usuários egressos de internações hospitalares com necessidades de cuidados na rede tem se tornado um grande desafio. Buscando descrever e analisar os encontros entre atores da produção de cuidado, que refletem em movimentos de redes vivas e potencializam a continuidade do cuidado e a integralidade, uma usuária egressa de internação hospitalar foi acompanhada pelo período de 6 meses tendo como referencial metodológico o usuário-guia. Por meio de entrevistas em profundidade, foi reconstituída a trajetória dessa usuária buscando a continuidade do cuidado pós-alta. As narrativas foram analisadas por meio de Análise Temática de Bardin, em que foram evidenciados momentos de redes vivas e, em outros, falta de rede, que impactaram em barreiras dificultadoras de acesso. Conclui-se que, na riqueza dos encontros, as redes vão se construindo, em momentos, com maior força e potência que em outros. Esses momentos podem impactar diretamente no desfecho dos casos, como o da usuária acompanhada. Necessário investir na formação dos trabalhadores para práticas integrais em saúde que considerem o usuário como protagonista do seu cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Integralidade em saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Redes de saúde comunitária.

ABSTRACT *With the change of the epidemiological and demographic profile in our Country, the capacity of Health Care Networks to guarantee access and continuity of care to users coming from hospital admissions with care needs in the network has become a major challenge. Aiming to describe and analyze the meetings between actors of care production, that reflect in movements of living networks and potentiate the continuity of care and integrality, a user coming from hospital admission was monitored for a period of 6 months having as methodological reference the user-guide. Through in-depth interviews, the trajectory of this user was reconstituted seeking continuity of post-discharge care. The narratives were analyzed through Bardin's Thematic Analysis, in which moments of living networks were evidenced and, in others, lack of networks, which impacted on barriers that made access difficult. It is concluded that, in the richness of the meetings, the networks are being built, in moments, with greater strength and power than in others. These moments can have a direct impact on the outcome of the cases, such as the patient's follow-up. It is necessary to invest in the training of workers for integral health practices that consider the user as the protagonist of their care.*

KEYWORDS *Health integrality. Patient care continuity. Community health networks.*

¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8219-9230>
acaastrohadad@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social (MPS) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1366-1732>
alzira.o.jorge@gmail.com

Introdução

Segundo Pinheiro et al.¹ obras que buscam estudar a relação dos usuários com os serviços de saúde ainda são escassas, tendo em vista a importância do tema. Considerando um contexto social, cultural, econômico e um projeto político institucional, esses autores definem o conceito de demanda em saúde, que surge por meio das interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta de serviços de saúde.

Segundo Cecílio², necessidades em saúde são tramadas nos múltiplos encontros do trabalho em saúde, no embate das muitas vozes sociais que se colocam como enunciadoras de demandas. Quando essas vozes são ouvidas e se deixam escutar, o processo de produção das necessidades tende a ganhar potência. As demandas podem ser, então, compreendidas como solicitações dirigidas aos serviços de saúde, no sentido do direito.

As necessidades de saúde são social e historicamente determinadas ou construídas. Cecílio² salienta que, para um indivíduo alcançar suas necessidades de saúde, precisa: ter boas condições de vida; ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; ter vínculos afetivos de referências e confiança nos profissionais de saúde; e ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

A compreensão das necessidades de saúde dos usuários ou de um coletivo requer capacidade de escuta, respeito à diversidade humana, cultural e social e, ainda, compreensão para além do processo saúde e doença. A capacidade e a disponibilidade dos profissionais de se implicarem com as questões trazidas e de reconhecerem o usuário enquanto agente ativo na produção de sua saúde são essenciais no encontro entre os agentes envolvidos no processo de cuidar. Esses são os encontros produtores de cuidados³. Segundo Merhy, Feuerwerker e Cerqueira³, o mundo do cuidado é um território que pertence a todos os atores das ações cuidadoras. Ele é configurado a partir

do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que não dizem respeito à razão ortodoxa da clínica. É nesse território, a partir das mútuas afetações, que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada por meio de afetos e interesses, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível articular o trabalho da equipe de saúde.

Na busca da resolução de suas necessidades de saúde, sentidas e vividas por cada usuário, estes constroem uma trajetória na rede considerando suas condições sociais, culturais e o acesso aos serviços para a resolução dos seus problemas de saúde. Nesse contexto, os usuários são redes vivas de si próprios, já que estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. As redes estão em constante transformação, pois vão, em acontecimentos, sendo tecidas. O saber do usuário e o seu caminhar pela rede, com seus encontros e desencontros, falam de uma multiplicidade de vidas que vazam dos sinais que vêm da rua, e o mais importante é que os profissionais de saúde, ao convidarem um usuário para entrar em seu consultório, convidem também toda a vida que ele traz da rua para entrar junto⁴.

Merhy e Cecílio⁵ definem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como um campo por vezes informal, atravessado por múltiplos circuitos e fluxos de usuários, que são inconstantes, dependentes de protagonismos e interesses plurais que não devem responder necessariamente a uma única 'racionalidade institucional ordenadora'. As redes estão em constante construção e ofertam diferentes ações e serviços de saúde que são acessados de diferentes maneiras de acordo com as possibilidades e necessidades de cada indivíduo.

O conceito de redes vivas, apresentado por Merhy et al.⁴, aponta a ideia de mobilidade, protagonismo do usuário e da desterritorialização. Faz um convite ao olhar integral e holístico do profissional de saúde, integrando o saber do usuário e sua percepção sobre o processo saúde-doença, reconhecendo e valorizando

a existência de um ‘agir leigo’ produtor de mundos, quase sempre invisível ou não valorizado por gestores e profissionais.

Movimentos ou momentos de redes vivas são marcados pela produção do cuidado em ato, por meio do trabalho vivo e da trajetória desses protagonistas por caminhos nem sempre formais, proporcionando o desenho dos fluxos e a formação de uma ‘malha de cuidados ininterruptos’. Possibilitam aos usuários mobilidade e flexibilidade em múltiplas entradas na rede, em uma perspectiva horizontal e circular, de acordo com suas necessidades e acessibilidade⁴.

As redes instituídas por sistemas regulatórios através de fluxos hierarquizados são, em geral, redes fragmentadas, que não dialogam e não priorizam as necessidades dos usuários. Construídos de modo duro, esses sistemas podem ter como efeito a não implicação do trabalhador com o resultado do trabalho e podem produzir a não rede, a descontinuidade do cuidado⁶.

Na saúde, não existe um único caminho a seguir, uma direção que possa ser dada a todas as pessoas, pois uma mesma queixa pode produzir necessidades diferentes. Entretanto, é importante deixar claro que, apesar de não ser possível saber o caminho de cada um, para cada situação há uma gama de possibilidades, incluindo o acesso a diferentes tipos de tecnologias que poderão ser necessárias e devem estar disponíveis. Contudo, isso ainda não garante que as pessoas terão o acesso no momento que precisam.

Segundo Mattos⁷, mais do que um termo designado a representar um dos princípios do Sistema Único de Saúde, a integralidade expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário. No que diz respeito às relações entre profissionais de saúde e usuários, relaciona-se a uma prática integral: a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade; a visão holística do ser humano, e não em um conjunto de partes; a valorização da história de vida que carrega o usuário, tirando o foco das práticas voltadas à doença; a compreensão da inserção de cada indivíduo num

dado contexto familiar, social e cultural; e o reconhecimento da importância do diálogo, permitindo o protagonismo dos diversos atores envolvidos.

Tais práticas favorecem a atenção às diversas demandas dos sujeitos, independentemente do nível de complexidade, e contribuem para um cuidado responsável, continuado⁸.

Atendendo ao que foi acima exposto, este trabalho se justifica pela relevância de se investigar a continuidade do cuidado, possibilitada por movimentos de redes vivas, vividos e sentidos nas relações entre usuários e profissionais de saúde e a oferta de serviços no atendimento nas RAS de Belo Horizonte, município que possui um sistema de saúde consolidado, no qual 85% da sua população é coberta pela Estratégia Saúde da Família. Ademais, existem portarias ministeriais que indicam um caminho de acolhimento, responsabilização e cuidado integral no âmbito das RAS.

Considerando o modelo instituído de rede e as relações usuário x profissional de saúde, a continuidade do cuidado é um desafio para a garantia da integralidade. Visando a compreender a dinâmica do trabalho vivo e do protagonismo de usuários e trabalhadores em um contexto de rede instituída, este estudo tem como objetivo descrever e analisar os encontros entre atores da produção de cuidado que refletem em movimentos de redes vivas e potencializam a continuidade do cuidado e a integralidade.

Métodos

Este estudo é produto das discussões apresentadas em dissertação de mestrado, no Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)⁹. Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo e analítico, cartografando os diversos encontros realizados por usuários em busca da continuidade do cuidado. No trabalho original, a análise originou 5 categorias

temáticas, e, neste artigo, serão apresentados, para análise e discussão, dados referentes à temática proposta para esse trabalho.

Em consideração aos preceitos éticos, este trabalho teve a apreciação dos Comitês de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e da UFMG, CAAE: 011408.1.0000.5149. Os indivíduos sujeitos da pesquisa tiveram todas as suas dúvidas esclarecidas e foram submetidos à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como previsto pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁹.

O referencial metodológico que norteou a pesquisa foi o da cartografia, utilizando o conceito ferramenta do usuário-guia^{6,10}, que valoriza o protagonismo dos atores dos processos de cuidado em saúde e seus encontros no caminhar pelas redes formais ou informais. Sob a perspectiva dos sujeitos, realizou-se a análise desses encontros e da existência de movimentos de redes vivas que potencializaram o acesso aos serviços da rede ou a interação entre os equipamentos sociais e estações de cuidado que favorecem a continuidade do cuidado integral.

Nessa perspectiva, observa-se a definição de um mapa de cuidados que ressalta como o usuário 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 o seu diagnóstico, assim como a maneira que as equipes de saúde decidiram cuidar¹⁰.

O município de Belo Horizonte foi cenário da pesquisa. O trabalho original teve como campo de estudo três Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tiveram vinculação com os dois sujeitos da pesquisa. Para apresentação deste artigo, utilizar-se-ão os achados de um dos sujeitos, uma usuária idosa, com comorbidades pré-existentes e que se encontrava em situação de saída de um grande hospital de Belo Horizonte, cuja admissão se deu por causa associada ao trauma. Essa usuária teve alta hospitalar com diversas demandas de reabilitação e cuidado na rede.

Os sujeitos escolhidos para a dissertação de mestrado foram usuários que mobilizaram

muito as equipes por conta do alto grau de complexidade dos casos, não só na necessidade de disponibilizar uma série de recursos e tecnologias para o tratamento, mas, também, e principalmente, por exigirem a mobilização de vários tipos de saberes, tanto os saberes de distintos profissionais, como, também, o saber dos usuários e familiares. Este trabalho se debruçará sobre as particularidades do caso da usuária Sra. Maria (nome fictício), devido à possibilidade de melhor exploração da riqueza do caso e seus movimentos de rede.

A análise documental se deu por meio de prontuários eletrônicos, receitas médicas, orientações da equipe multidisciplinar, sumários de alta e relatórios de transferência relacionados ao período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, a fim de analisar a vinculação com as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e as ações de promoção da saúde ou tratamento relacionadas às suas condições de saúde.

Durante o período de janeiro a junho de 2016, foi realizado acompanhamento por meio da metodologia do usuário-guia, sendo realizadas entrevistas em profundidade com a filha, principal cuidadora da usuária, pois esta apresentava um grau elevado de sequelas após a alta hospitalar, sem condições de interação e realização de entrevista. As entrevistas foram realizadas em sua residência e gravadas. Por meio destas, foi possível reconstituir a trajetória da usuária e de seus familiares em busca da continuidade do cuidado após as altas hospitalares.

A primeira entrevista em profundidade realizada foi orientada pela seguinte questão norteadora: 'você/seu familiar sofreu um acidente, ficou internado e recebeu alta com necessidades de tratamentos e cuidados. Como está sendo tudo isso para vocês?'. Considerando a metodologia utilizada, durante a coleta de dados, foram acompanhadas todas as interações do usuário e dos familiares com os diversos equipamentos formais, informais e sociais da rede, na busca do cuidado, incluindo entrevistas e conversas com trabalhadores dos serviços por ela utilizados. As demais

entrevistas foram livres, e, de acordo com o desdobramento do caso e as necessidades da usuária/familiar, foi avaliada a perspectiva quanto aos acessos, como produção de vida e barreiras existenciais, que vão além de algo físico-geográfico.

A análise qualitativa do material coletado nas entrevistas foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo temático, considerando os referenciais teóricos sobre integralidade, continuidade do cuidado e redes vivas. Bardin¹¹ descreve o método da Análise de Conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e tem como objetivo a descrição do conteúdo das mensagens. Essas técnicas devem ser aliadas à inferência do pesquisador durante o estudo dos conteúdos e buscam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação na tentativa de compreender o pensamento do sujeito por meio do conteúdo expresso no material em análise¹². A análise documental foi categorizada e será apresentada em corroboração aos achados da análise de conteúdo.

Resultados e discussão

A seguir, será apresentada a reconstrução da história de vida da Sra. Maria, com a riqueza dos pontos de vista trazidos pelas narrativas dos sujeitos, complementados, coletados nos documentos 'oficiais'.

A Sra. Maria tem 62 anos, é casada, mãe de 3 filhas, do lar, moradora de um bairro do Distrito Sanitário Oeste, onde residia com o marido, ex-taxista, portador de glaucoma, que está desempregado. Segundo conta uma das filhas do casal, a Sra. Maria estava com a situação cadastral do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) desatualizada e não era contribuinte do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); por sua vez, o seu marido não conseguiu a aposentadoria por invalidez requerida devido à perda visual que vem apresentando, e recorreu à justiça. Dessa maneira, os dois não tinham

renda fixa. Dependiam da ajuda das filhas para o sustento.

A usuária era portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* tipo II descompensados, tabagista pesada, além de ter depressão e ansiedade, segundo foi informado pela filha. Desde 2014, teve diversos atendimentos registrados, sempre realizados pelos mesmos profissionais, geralmente o médico e a enfermeira da EqSF da unidade.

Em todos os atendimentos realizados, há relato da história pregressa da usuária, acrescentando-se, ainda, o fato de ser obesa e dislipidêmica. Em diversos registros de atendimentos, sua pressão arterial se encontrava elevada, sempre próxima de 170, a sistólica, e 100 a diastólica, em média. Não há registro de aferição de glicemia capilar.

Há registro do acompanhamento da equipe por meio de consultas realizadas nos meses de fevereiro, abril, maio, agosto, outubro e dezembro de 2014, além de janeiro, abril e agosto de 2015. No dia 27/10/2015, a usuária deu entrada no Hospital João XXIII, trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), após queda de 07 degraus com perda de consciência. A filha entrevistada e também os demais familiares acreditam que a queda pode ter sido causada por um descontrole pressórico e frisam o fato de que, apesar de a mãe fazer acompanhamento na UBS há bastante tempo, seus níveis pressóricos nunca tinham estado estáveis antes da sua internação no Hospital de Trauma da cidade.

Teve alta no dia 01/12/2015, mantendo estabilidade hemodinâmica, com controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, orientações para dieta e encaminhamento para reabilitação com cuidados de fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição na UBS. A usuária apresentava sequelas importantes, não estabelecia contatos, acamada, portadora de lesão por pressão em região sacral e totalmente dependente de cuidados.

Após a alta hospitalar, a usuária foi encaminhada para o Centro de Saúde onde residia uma de suas filhas. As filhas tomaram essa decisão pela pouca estrutura da residência da

Sra. Maria e a pouca capacidade do seu esposo em cuidar dela, por ele também ser idoso e estar necessitando de cuidados.

Segundo relato da filha, a assistente social do hospital orientou a família a fazer o cadastro da usuária no novo centro de saúde assim que eles informaram a decisão da mudança de endereço e orientou quanto à obtenção de cadeira de rodas.

A família teve muita dificuldade de adaptação à nova realidade, tanto financeira, quanto no tocante aos cuidados realizados com a usuária. Nos primeiros dois meses após a alta, ela morou na casa de uma das filhas, sendo cuidada pela família da filha. Esta é diarista e trabalha em regime de plantão; tem dois filhos adolescentes, que moram na casa. A tia dos meninos contou durante a entrevista que, em período de férias, eles cuidaram da avó nos dias em que a mãe estava trabalhando.

Após ter completado 27 dias de alta hospitalar, a paciente teve a sua primeira consulta médica domiciliar. Nesse momento, foi solicitada a avaliação da fisioterapia pela médica da equipe. Quarenta dias após a alta hospitalar, a fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) realizou visita domiciliar acompanhada da Agente Comunitária de Saúde (ACS) da equipe. A profissional indicou reabilitação em nível secundário, no Centro de Referência em Reabilitação Física (Creab) Leste, local distante da residência.

A usuária não conseguiu comparecer à fisioterapia, que foi recomendada duas vezes por semana. A família já apresentava muitas dificuldades para deslocar a idosa dentro da própria casa e para levá-la a consultas na unidade, que ficava no mesmo bairro. Em se tratando de bairros diferentes, a dificuldade era ainda maior.

Insatisfeitos com o Centro de Saúde e com os atendimentos prestados, que, segundo a filha, não eram suficientes para atender às demandas da sua mãe, a família decidiu retornar com a usuária para o bairro e a UBS de origem, após dois meses de alta hospitalar. No período, há relato de atendimento da

assistente social do Centro de Saúde do local de origem da Dona Maria, informando ter sido procurada por uma das filhas da usuária, com solicitação de agendamento de consulta médica e de fisioterapia.

A consulta médica se realizou 8 dias após o atendimento de acolhimento da assistente social e 62 dias após a alta hospitalar, o médico da sua EqSF a atendeu durante o acolhimento, não sendo possível a visita domiciliar. Nos dois meses seguintes, a usuária teve em sua residência um atendimento da fisioterapeuta e outro da nutricionista da equipe.

No dia 20/04/2016, a Sra. Maria faleceu em casa após um mal súbito. Estava acompanhada por uma das filhas e pelo genro, foi atendida pelo Samu e teve o óbito atestado pelo médico EqSF. A evolução médica informa o preenchimento da declaração de óbito. Não conseguiu ser reabilitada, mantinha as debilitações físicas, a incapacidade de falar, as mesmas dificuldades com relação à nutrição e constipação intestinal, ainda sem cadeira para banho e com a família comprando quase todos os seus medicamentos de uso diário.

Sua situação cadastral na Receita Federal ainda estava pendente, a solicitação de Benefício Assistencial para Pessoa com Deficiência junto ao INSS ainda não tinha sido realizada e, segundo o relato da filha, considerando o momento da alta hospitalar até o dia do seu falecimento, não houve melhora do seu quadro, e, sim, regressão no grau de debilitação física. A paciente faleceu apresentando afasia como seqüela do trauma e engasgos, que haviam sido relatados pela família à nutricionista e à fisioterapeuta. O profissional fonoaudiólogo não chegou a atender a usuária.

Os encontros produtores de cuidados como movimentos de redes vivas

Considerando o relato do caso da Sra. Maria, a seguir, a análise dos dados documentais e das narrativas possibilitou a definição de alguns núcleos temáticos para a discussão do trabalho original. Vários foram os fatores

que influenciaram o caminhar da usuária e de seus familiares na busca do cuidado e o seu desfecho. Entre eles, ressaltam-se para esta discussão: a vinculação com as EqSF; a satisfação e a confiança da usuária/familiares e as condições de acesso aos serviços de saúde; a continuidade do cuidado; e a implicação dos trabalhadores de saúde com as necessidades integrais da usuária.

VINCULAÇÃO COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SATISFAÇÃO E CONFIANÇA DA USUÁRIA/FAMILIARES

De acordo com Brasil¹³, a Política Nacional de Atenção Básica tem entre os seus fundamentos e diretrizes a adscrição dos usuários e o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Em outras palavras, implica ter relações tão próximas que fazem com que o profissional se coloque no lugar do usuário e se sensibilize com seu sofrimento, responsabilizando-se e possibilitando uma intervenção pautada nessa relação. Por outro lado, o usuário, cria um elo de confiança com o profissional que é terapêutico.

Veras et al.¹⁴ ressaltam que uma assistência qualificada é pautada em valores como a confiança e a vinculação. A manutenção de tais valores requer o estabelecimento de um percurso assistencial, com continuidade do cuidado e atendimento a necessidades de cada indivíduo, de maneira integral.

Lima et al.¹⁵ afirmam que, no encontro entre trabalhador de saúde e usuário, sempre haverá intenções depositadas, em ambos os lados, recheadas de expectativas e trocas. Esse é um espaço de produção de saúde que tem brotamentos de grande riqueza. Esses mesmos autores¹⁵ discorrem sobre os ‘maus encontros’ entre usuários e trabalhadores e a organização dos serviços de saúde, que, muitas vezes, não são pautados na escuta qualificada, no acolhimento e no estabelecimento de vínculos. Os serviços estão se tornando mecanizados,

produtores de humilhantes filas para acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade.

A seguir, relatos da filha da Sra. Maria que demonstram insatisfação e insegurança na relação com as EqSF que cuidaram da sua mãe:

[...] Tá. É... nós fizemos essa mudança mesmo, né, de um bairro, de um posto para o outro por falta de atendimento no outro posto, por ela já morar aqui, né, no bairro, e o outro posto era o posto do bairro da minha irmã, né... E, quando percebemos que lá ela não tava tendo cuidado, que não tinha respaldo nenhum, aí, depois de dois meses, com uma única consulta, né, aí foi que nós fizemos a escolha que voltar com ela para o posto dela, né, onde que ela mora, já era atendida, acompanhada pelo médico. Só que agora numa nova história. [...]. (Entrevista da filha da paciente Maria, do dia 22/01/2016).

A filha da usuária fala de uma grande preocupação da família em sentir-se apta a prestar os cuidados que a usuária necessita, já que não conseguiu os cuidados necessários para a reabilitação de sua mãe. Afirma que, nesse sentido, em nenhum momento se sentiram acolhidos em nenhuma das duas unidades nas quais a paciente foi atendida. E disse, ainda, que o sentimento “*é de desamparo*”, quanto à “*morosidade*”, que é muito grande.

[...] Tudo muito complicado, desde o momento que ela saiu do hospital. E aí ela foi para a casa da minha irmã, porque ela mora ela e meu pai, mas não foi pra ficar com o meu pai porque meu pai também não ia dar conta... E a gente faz o que acha que tá certo, porque a gente não tem um acompanhamento [...]. (Trecho da entrevista da filha da usuária Maria, de 21/01/2016).

[...] os cuidados que gente conseguiu foi por estar buscando, comprando, ligando pra ONG e tentando pedir alguma coisa, mas também o que nos foi informado é que tem muita gente acamada e que a demanda de maca, as cadeiras de rodas,

essas coisas assim, a demanda tá muito grande, e que o acesso a essas coisas é difícil, até fralda mesmo, você não tem um lugar que alguém te fale, 'olha tem tal lugar assim assim, que que vai te ajudar' [...]. (Trechos da entrevista da filha da usuária Maria, do dia 12/04/2016).

O caso acima descrito bem demonstra que, a despeito da existência incontestável de um direito inerente ao cidadão, amplo e genérico, na prática, não se pode dizer que há integridade no serviço, que muitas vezes limita-se a atendimentos insuficientes, que não geram resolução de todas as necessidades de saúde, com descontinuidade de cuidados. A despeito do artigo 18 da Lei nº 8.080/90, os familiares contaram que coube a eles arcar com medicação, fraldas, 'almofada' para prevenção de lesão por pressão. Há, ainda, o agravante de que, em um grande município como Belo Horizonte, há fluxos estabelecidos para a disponibilização desses equipamentos/insumos dentro dos programas prioritários, e as informações devem ser oferecidas pelos profissionais, independentemente de em que local o usuário acesse a rede. Na narrativa da filha da Sra. Maria, percebe-se uma grande falha nesse sentido: *"você não tem um lugar que alguém te fale: 'olha tem tal lugar assim, que vai te ajudar'"*.

Ela afirma, ainda, que o atendimento das necessidades de saúde da sua mãe é um direito e que, muitas vezes, no serviço público, quando se depende de pessoas para ter acesso ou garantia da resolução de um problema, a situação pode ser complicada ou morosa. Segundo ela, porque as pessoas *"complicam o que poderia ser fácil"* e tratam o direito como se fosse *"um favor"*.

A fragilidade do vínculo terapêutico entre EqSF e usuários é explorada por Lima et al.¹⁵ quando afirmam que essa relação se repercute nas práticas. As relações pautadas pela fragmentação e superespecialização profissional, maneira hegemônica de organização dos serviços na atualidade, desconsideram muitas dimensões de sofrimento, autonomia e emancipação do usuário e contribuem para que ocorram maus encontros.

A CONTINUIDADE DO CUIDADO E IMPLICAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE QUANTO ÀS NECESSIDADES INTEGRAIS DA USUÁRIA

Pela sua consolidação no território, que favorece a construção de vínculo e incentiva a responsabilização da equipe quanto às demandas trazidas pelos usuários, a Atenção Primária à Saúde deve ser a ordenadora do cuidado e coordenadora das RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A partir da análise qualitativa das particularidades do caso da Sra. Maria, pode-se inferir que há fragilidade na continuidade do cuidado e, como bem colocam Cunha e Giovanella¹⁶, as falhas nos processos podem se dar pela não implicação e responsabilização profissional, pela falha na comunicação e, também, por problemas estruturais no sistema.

A produção do cuidado que se dá em ato, nos encontros tramados na trajetória desses protagonistas, muitas vezes, é feita por meio de caminhos nem sempre formais, proporcionando o desenho dos fluxos e a formação de uma 'malha de cuidados ininterruptos'. Essas são as redes vivas, que possibilitam aos usuários mobilidade e flexibilidade em múltiplas entradas, em uma perspectiva horizontal e circular⁵. A continuidade dos cuidados, de acordo com as necessidades dos indivíduos, dá-se quando a organização dos serviços e o agir de cada trabalhador respeitam as diversidades e promovem o acesso nos pontos de atenção da rede.

O conceito de longitudinalidade tem sido estudado por muitos autores. Tal termo, que é referenciado na Política Nacional de Atenção Básica, tem sido considerado característica central e exclusiva dessa política. Para Cunha e Giovanella¹⁶, trata-se do acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela EqSF, através do vínculo instituído em que estão implícitas uma relação terapêutica caracterizada por responsabilização por parte do profissional de saúde e a confiança por parte do paciente. Possibilita a atuação nas ações de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação,

produzindo diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários, tanto para especialistas quanto para a realização de procedimentos de maior complexidade.

Já a continuidade do cuidado estaria relacionada ao acompanhamento multiprofissional de um determinado problema de saúde e a sucessão de eventos entre uma consulta/atendimento e outros. Depende da transferência de informações para subsidiar decisões com relação ao tratamento, não sendo um elemento característico da atenção primária e, sim, de articulação em rede¹⁶.

A seguir, relatos da filha da Sra. Maria que nos indicam fragmentação do cuidado e nos remetem à importância de se ampliarem as discussões na rede sobre como se recebe e quais condições de acesso se consegue oferecer para esses usuários e famílias que têm tantas necessidades a serem ouvidas e situações a serem resolvidas.

[...] ela estar internada no João XXIII foi um facilitador, foi um ponto positivo. Que lá ela teve os cuidados necessários, atenderam ela muito bem! Internada, dentro de uma unidade hospitalar, já lá dentro, mas depois que saiu é que você tem que pedir por uma consulta médica, por uma visita de um fono, de uma fisioterapia, disse tudo. É tudo muito complicado [...]. (Trecho da entrevista da filha da Sra. Maria, do dia 11/04/2016).

Outra questão apontada é o acesso às consultas com o profissional fisioterapeuta, um gargalo nas equipes do Nasf em Belo Horizonte e de extrema importância para a reabilitação do usuário no seu pós-alta. A usuária demorou quase dois meses para ter a primeira consulta com a fisioterapeuta do Nasf, e as consultas seguintes foram mensais. Considerando a perda de momento terapêutico ocasionada pela demora decorrida entre a alta e a primeira consulta e as sequelas instaladas na paciente, a sua filha questiona a frequência de visitas da fisioterapeuta:

[...] Olha, pra você ver, eu acho muito difícil. Você não tem acesso a uma fisioterapeuta! Uma vez na semana, que eu acho que deveria ser o mínimo para ver. Uma vez no mês, eu acho que é assim, pouquíssimo, pelo estado dela. Ela está com os joelhos duros, não anda! Essa fisioterapeuta fazer essa visita domiciliar uma vez no mês é muito pouco. E se a gente tiver que levar numa unidade de fisioterapia 3 vezes na semana, 2 vezes na semana, uma vez na semana, o quanto difícil vai ser isso pra uma paciente acamada? Você deslocar uma paciente acamada 1 vez na semana que fosse, pra um local de fisioterapia? [...].

Mais duas situações são importantes de serem citadas com relação à continuidade do cuidado no caso da Sra. Maria. A primeira se trata da grande insatisfação da família com um problema que a paciente enfrentou durante o período de pós-alta até o óbito, quase 6 meses depois, sem que houvesse solução ou implicação de algum profissional para trazer alguma resposta ao problema.

Se trata da constipação intestinal, provavelmente causada pela restrição da usuária ao leito, aliada ao efeito de medicamentos e sequela do traumatismo craniano. Em todas as entrevistas com a filha, esse assunto foi abordado e tratado como um tópico sem solução. A paciente foi acompanhada por duas EqSF, já chegou a ficar 14 dias sem evacuar, já precisou passar por um pronto atendimento devido a um fecaloma e, em nenhum desses serviços, houve orientações ou prescrição de um laxante.

A usuária esperou quatro meses por uma consulta com a nutricionista e, nesse período de espera, a família não se sentiu acolhida e sentia falta de orientações nutricionais:

[...] Alimentação a gente fica super inseguro, porque a gente não sabe muito. Ela até teve uma constipação esses dias com... porque acamada, sem ter esse acompanhamento de fisioterapeuta, e a gente tudo muito no sufoco. A comida é pastosa. E a gente faz o que acha que tá certo, porque a gente não tem um acompanhamento [...]. (Trecho da entrevista da filha da paciente Maria, do dia 22/01/2016).

No que diz respeito à perspectiva da filha da paciente Maria sobre o acesso e a continuidade do cuidado que as equipes ofereceram à sua mãe, ela acredita que a mãe não foi bem atendida pelas EqSF e que, dessa maneira, não alcançou todas as possibilidades de evolução que alcançaria se estivesse recebendo os estímulos adequados e acompanhada a contento pela equipe. Conforme ilustrado pelos trechos das narrativas acima, a filha se queixou da dificuldade de acesso para todas as necessidades e os encaminhamentos que foram realizados.

[...] Não. Porque o que eu sinto, eu sinto que se ela tivesse tido um acompanhamento desde o começo, eu acho que ela teria evoluído, né? Em algumas coisas que a gente não sabe lidar. Então, eu acho que ela conseguia dar uns passos com o nosso auxílio no começo, e agora a gente vê que ela não faz isso mais. Então, assim, eu acho que a gente realmente perdeu, porque a gente tava tentando fazer as coisas, mas naquela insegurança também, né? Será que eu posso, será que tá certo, então, assim, como ela não teve esses acompanhamentos, eu acho que ela não evoluiu em nada, né? A gente é que que continua aí, tentando fazer o que a gente acha que tá certo [...]. (Trecho da entrevista da filha da paciente Maria, de 11/04/2016).

[...] Não aconteceu, né? (consulta de fisioterapia) Ela teve, no primeiro posto, 1 consulta médica domiciliar e 1 consulta de fisioterapia. Mas a fisioterapeuta não ia voltar mais e mandou a gente levar ela para fazer fisioterapia em um lugar longe e fora de mão, porque não dava para transportar ela. No segundo posto, teve uma consulta médica no posto durante o acolhimento, uma consulta da fisioterapeuta e uma da nutricionista. Ficou faltando a fono, e a enfermeira não ajudou com a escara. Nenhuma consulta deu muito resultado, no sentido de fazer muita diferença. Ela saiu do hospital melhor do que estava antes de morrer, com entendimento melhor, dado mais retorno. A gente conseguia dar alguns passos com ela, e isso tudo foi se perdendo com o

tempo, com a falta de estímulo correto. Não sabíamos estimular corretamente, sem informação a gente fazia tudo no escuro, dando tiro no escuro. Ela foi atendida no UPA do Hospital Aparecida: atendimento péssimo também. Atendimento um pior que o outro. Sinceramente, o único local que ela teve atendimento bom, que lutaram pela vida dela, nos deram informação, foi no João XXIII [...]. (Trecho da entrevista da filha da paciente Maria, realizada em 31/05/2016).

O último trecho acima trata de uma retrospectiva da filha, realizada na última entrevista, ocorrida 1 mês após o falecimento da usuária. Trata-se da sua avaliação de todo o processo do cuidado, quando foi questionada se a mãe teve as necessidades de cuidados atendidas pelas equipes de saúde com as quais teve contato.

A análise desse caso nos faz questionar a capacidade da rede em oferecer acesso e garantir os cuidados que os usuários necessitavam. Essa situação é rotineira em grandes Hospitais. Há um momento em que, mesmo apresentando sequelas ou ainda necessitando de cuidados, esses não são mais de competência dos serviços hospitalares, não é mais necessária sua tecnologia nem a vigilância profissional 24 horas por dia. O usuário está pronto para continuar seu tratamento e sua reabilitação em outro nível da rede que lhe ofereça novas possibilidades e estímulos.

Ao retornarem ao seu território, em suas residências, as famílias estão cheias de expectativas e precisam lidar com o novo, as sequelas e as necessidades de reabilitação. A rede básica muitas vezes não consegue oferecer tais cuidados, a procura é bem maior que a oferta e os profissionais ainda estão despreparados para lidar com todo esse contexto social, econômico e estrutural.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasil¹⁷, a família compartilha com a comunidade, a sociedade e o Poder Público a efetivação do direito à saúde do idoso. Nas situações já discutidas, em que o Estado não conseguiu prover todas as necessidades de saúde à usuária, a família se mostrou proativa e cuidadora, dentro das suas possibilidades.

Por outro lado, como foi muito bem colocado por Merhy et al.⁴, as redes existenciais têm momentos estanques, em que as necessidades de saúde dos indivíduos não são atendidas, os espaços são obstaculizados, embarreirados e não há continuidade do cuidado. Esses são momentos de não rede, ausência de redes vivas.

As redes vivas são como malhas, não há início nem fim. Só há ligações e conexões. São circunstanciais e dependem de diversas situações e fatores a seu favor para serem redes vivas e possibilitarem o protagonismo do usuário e garantirem acesso e qualidade da assistência. Essas também podem ser redes mortas, que burocratizam e dificultam a resolução das necessidades de saúde da população⁴.

Considerações finais

As situações vividas pela usuária-guia e por seus familiares, sujeitos deste estudo, embora reflitam os problemas do cenário de saúde da nossa atualidade, não podem ser generalizadas em suas particularidades e analisadas como achados aplicáveis ao coletivo. Entretanto, os achados deste estudo trazem apontamentos e indicações que podem servir de fundamentos para se pensarem as políticas públicas em saúde e se realizarem propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos ou transformação de relações.

As redes vivas possibilitam a mobilidade do usuário que transversaliza a formalidade dos equipamentos instituídos, e, dessa maneira, o cuidado se dá a partir de encontros. O território das ações cuidadoras é de domínio de todos, trabalhadores da saúde, usuários e familiares. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos. E na relação trabalhador x usuário, todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento a partir um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos e sabedoria adquiridos a partir de vivências concretas, o

compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários. Reconhece-se, também, que a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, que nos afetam de modo diferente a cada experiência.

Malta e Merhy¹⁸ apontam que a fragmentação do cuidado e a falta de comunicação com a rede assistencial são fatores dificultadores para a realização da prática integral de saúde. Brito-Silva, Bezerra e Tanaka¹⁹ ressaltam que 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, portanto, as soluções devem ser compartilhadas e discutidas em conjunto.

Pode-se relatar como síntese dos achados as fragilidades nos processos como um todo, resultando em ausência de integralidade no cuidado oferecido, já que a sua garantia está relacionada à oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação que transversalizem todos os níveis de atenção à saúde e complexidade, de maneira intersectorial, multiprofissional, interdisciplinar, de modo a garantir a continuidade do cuidado, atendendo a todos os tipos de necessidades que os sujeitos venham a apresentar.

Conclui-se este trabalho afirmando que a incipiência da vinculação entre usuária/familiares e equipe, assim como a fragmentação na transferência/continuidade do cuidado, são pontos muito importantes a serem demarcados para discussões futuras e destacam-se entre os achados, podendo ter contribuído para o desfecho do caso. É preciso investir na formação desses sujeitos trabalhadores e gestores para práticas integrais em saúde, acolhedoras e humanizadas, que considerem o usuário enquanto protagonista do seu cuidado, capaz de colocar suas demandas e de contribuir para a efetivação do cuidado a partir de sua atuação copartícipe, indo a favor da ruptura com o modelo biomédico vigente, que verticaliza e obstaculiza o cuidado.

Colaboradores

Hadad ACAC contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, para a análise e a interpretação dos dados, revisão e elaboração

do artigo e aprovação da versão final. Jorge AO contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, para a análise e a interpretação dos dados, revisão e elaboração do artigo e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Uerj; Abrasco; 2005. p. 11-31.
2. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj; Abrasco; 2001. p. 113-26.
3. Merhy EE, Feuerwecker L, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, TB, organizadores. Semiótica, afecção & cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.
4. Merhy EE, Gomes MPC, Santos MFL et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Rev. Divulgação em Saúde para Debate. 2014; 52:153-164.
5. Merhy EE, Cecilio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp; 2003. (mimeo).
6. EPS Em Movimento. Usuário guia. 2014 [acesso em 2015 out 21]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>.
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública 2004; 20(5):1411-16
8. Araújo D, Miranda MCG, Brasil S. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Rev. Baiana Saúde Pública 2007; 31 (supl1): 20-31.
9. Hadad ACAC, Jorge AO, Melo EM. Construção de Redes Vivas no Percurso de Vítimas de Trauma com Exigências de Cuidados Após Alta Hospitalar sob a perspectiva dos usuários e familiares. Rev Med Minas Gerais 2016; 26 (supl8): S107-S111.

10. Moebus RLN, Merhy EE, Silva E. O Usuário-cidadao como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al. organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 43-53. (Políticas e cuidados em saúde; 1).
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, 70 edição; 1979.
12. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
14. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. Rev. Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 25]; 48(2):357-365. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>.
15. Lima RCD, Galavote HS, Schwartz TD, et al. Significando os sentidos da vida na formação dos profissionais de saúde: com a palavra os estudantes de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Cogitare Enferm. 2009; 16(1):167-70.
16. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Colet., 2011, 16(supl1):1029-1042.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 20 Out 2006. Seção 1, p. 142.
18. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu). 2010 [acesso em 2015 set 10]; 14(34):593-605. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>.
19. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade. 2012. [acesso em 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>.

Recebido em 03/04/ 2017
Aprovado em 04/12/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise das notificações de intoxicações agudas, por agrotóxicos, em 38 municípios do estado do Paraná

Analysis of notifications of acute intoxication, by agrochemicals, in 38 municipalities of the state of Paraná

Bruna Letícia Souza Taveira¹, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque²

DOI: 10.1590/0103-110420185417

RESUMO O Paraná é o segundo maior consumidor de agrotóxicos no Brasil, e sua notificação de intoxicações agudas não corresponde a esta realidade. Objetivou-se verificar a correlação entre consumo de agrotóxicos em municípios do Paraná e notificação de intoxicações agudas. Analisaram-se bancos de dados do consumo de agrotóxicos e da ocorrência de intoxicações. Foram realizadas entrevistas com agentes da vigilância epidemiológica, para compreender o processo de identificação e notificação dos casos. Não se evidenciou correlação entre consumo e notificação de intoxicação aguda. Concluiu-se que há subnotificação de intoxicações por agrotóxicos no Paraná, devida a fragilidades estruturais dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Agroquímicos. Envenenamento. Vigilância epidemiológica. Notificação.

ABSTRACT *Paraná is the second largest consumer of agrochemicals in Brazil, and its notification of acute intoxications doesn't correspond to this reality. It was aimed to verify the correlation between the consumption of agrochemicals in the municipalities of Paraná and the notification of acute intoxications. Databases were analyzed on the consumption of agrochemicals and occurrence of intoxications. Interviews with epidemiological surveillance agents were conducted, to understand the process of identification and notification of cases. There was no evidence of correlation between consumption and notification of acute intoxication. It was concluded that there is underreporting of agrochemicals intoxications in Paraná, due to structural fragilities in health services.*

KEYWORDS *Agrochemicals. Intoxication. Epidemiological surveillance. Notification.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5199-1594>
brunataveira@outlook.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7544-412X>
guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com



Introdução

O uso acentuado de venenos agrícolas data do período pós II Guerra Mundial, quando as indústrias fabricantes de armas químicas passaram a enxergar na agricultura um mercado potencial para seus produtos¹. O Brasil, além de ser o país que mais consome agrotóxicos no mundo, em valores absolutos, desde 2008, também faz uso de cerca de 22 produtos proibidos na União Europeia e nos Estados Unidos da América, devido aos riscos que oferecem às saúdes humana e ambiental². Entre os estados brasileiros, o Paraná é o segundo maior consumidor de agrotóxicos, alcançando cerca de 16% da quantidade total consumida no País, o equivalente a 48 mil toneladas³.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT)/Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 70 mil trabalhadores de países em desenvolvimento morrem em decorrência de intoxicações agudas e crônicas por agrotóxicos. Outros 7 milhões são acometidos por doenças não fatais devidas aos pesticidas⁴.

A intoxicação por agrotóxicos pode ocorrer por via digestiva, respiratória, dérmica e/ou por contato ocular, ocasionando quadros agudos, subagudos ou crônicos. Entre os grupos mais afetados pelos danos causados pelos venenos agrícolas, destacam-se os trabalhadores da agricultura e da pecuária, que são expostos aos agrotóxicos desde o preparo do produto, por manipulação direta, até o armazenamento das embalagens após o uso¹.

Um estudo realizado por Santos et al.⁵ encontrou, como principais sintomas apresentados pelos agricultores após a exposição, tontura (presente em 22% dos trabalhadores entrevistados), dor de cabeça (16%), visão turva (11%), náusea (11%), diarreia (8%), suor (8%) e cólica abdominal (8%). Como estes são sintomas muito inespecíficos, muitas vezes os agricultores não os correlacionam ao uso de agrotóxicos, o que contribui para a subnotificação dos casos².

Diversas são as dificuldades enfrentadas para estabelecer o diagnóstico de intoxicação

aguda por agrotóxicos, entre as quais: baixa procura de atendimento médico, por parte dos agricultores; sintomas inespecíficos; pressão, por parte do agronegócio local, para ocultar o diagnóstico; falta de investigação clínica, por parte dos serviços de saúde etc¹.

Além do evidente dano para as saúdes humana e ambiental, as intoxicações agudas por agrotóxicos também causam prejuízo financeiro ao Estado, que desembolsa cerca de US\$ 1,28 no manejo das intoxicações, para cada dólar gasto na compra de agrotóxicos⁶.

Os casos de intoxicação por agrotóxicos podem ser notificados por diversos sistemas, entre os quais o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), este que, desde sua criação, em 1993, já apresentava carência de dados confiáveis para embasar práticas de saúde pública, mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em tese, o Sinan deve contemplar notificações dos mais diversos agravos, como acidentes de trabalho e violência doméstica, além de doenças infecciosas e não infecciosas⁴. Apesar de as intoxicações por agrotóxicos serem eventos de notificação compulsória, estimativas apontam que apenas 20% dos casos são, de fato, registrados².

Todos os malefícios causados pelos agrotóxicos reforçam a necessidade não só do correto diagnóstico dos casos de intoxicação, como da notificação eficiente, propiciando o desenvolvimento de medidas de prevenção.

Diante do exposto, propôs-se a presente pesquisa, visando verificar a correlação entre o consumo de agrotóxicos em municípios do estado do Paraná e a notificação de intoxicações agudas por essas substâncias, além de conhecer o modo de realizar a identificação e a notificação dos casos nos serviços municipais de vigilância.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, no qual, inicialmente, se realizou uma análise nos

bancos de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do Sinan, pelo Sistema de Monitoramento do Comércio e Uso de Agrotóxicos do Paraná (Siagro) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de uma avaliação da correlação entre o consumo de agrotóxicos e a ocorrência de intoxicação aguda por estes, em 38 municípios selecionados.

O estado do Paraná é dividido em 22 Regionais de Saúde (RS). Dentre elas, para compor a amostra, 3 foram escolhidas por serem compostas por municípios de pequeno e médio porte, com intensa atividade agrícola, o que totalizou 38 municípios.

Foram analisados dados fornecidos pelo Siagro, de consumo de agrotóxicos, em toneladas, no ano de 2015; o número de habitantes dos municípios, de acordo com estimativa realizada pelo IBGE para o ano de 2016; a área do estabelecimento agrícola de cada município, segundo o último censo agropecuário realizado pelo IBGE, em 2006; e o número de casos de intoxicação aguda por agrotóxicos agrícolas, domésticos e de saúde pública, por município, durante o ano de 2015, notificados no Sinan. A quantidade de agrotóxicos utilizada por hectare de estabelecimento agrícola foi comparada com o número de casos notificados no ano de 2015, para cada 100 mil habitantes, visando verificar a existência de proporcionalidade. Foram excluídos os casos de intoxicação por raticidas.

Após a análise dos dados secundários, contatos telefônicos foram feitos para a realização das entrevistas em profundidade, semiestruturadas, com agentes da vigilância epidemiológica dos municípios, com o objetivo de compreender as ações e os fluxos de identificação e notificação dos casos de intoxicação aguda por agrotóxicos. Os números telefônicos das vigilâncias epidemiológicas de cada localidade foram obtidos através dos sites dos próprios municípios. Em relação àqueles cujos números de telefone da vigilância epidemiológica não constavam no site, procedeu-se contato

telefônico com os gabinetes das prefeituras a fim de obtê-los. Buscou-se contato com a vigilância epidemiológica de todos os 38 municípios, dos quais 8 não deram retorno. Depois de estabelecida a comunicação entre as partes, a pesquisa foi apresentada aos trabalhadores, sendo-lhes enviados os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por *e-mail*. Aqueles que assim desejaram, devolveram os TCLE assinados, informando os dias e horários mais apropriados para a realização das entrevistas. Dos 30 municípios cujo contato inicial via telefone foi estabelecido com técnicos da vigilância epidemiológica, 29 aceitaram participar da pesquisa. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Das 29 entrevistas realizadas, 27 foram utilizadas na análise dos dados, correspondendo a 71% do número inicialmente proposto. Duas entrevistas foram descartadas, pois a qualidade do áudio não permitiu sua fidedigna transcrição.

Em cada um dos 27 municípios, um trabalhador da vigilância epidemiológica foi entrevistado, tendo sido indagado sobre tempo de serviço, treinamento sobre o assunto, dificuldades para realizar a notificação, existência de subnotificação, capacidade dos profissionais de saúde para diagnosticar os casos, possíveis melhorias no processo de identificação e notificação dos casos, e iniciativas dos municípios sobre o tema. Todas as entrevistas foram realizadas nas dependências do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, localizado no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, entre os meses de agosto de 2016 e fevereiro de 2017.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 55157416.5.0000.0102.

Os municípios e as entrevistas foram codificados com números de 1 a 38, a fim de garantir o sigilo e a privacidade dos participantes.

O projeto recebeu apoio financeiro da Fundação Araucária, no formato de bolsa-auxílio para iniciação científica.

Resultados

Consumo de agrotóxicos por município

A análise dos bancos de dados mostrou que os municípios que figuraram como maiores consumidores de agrotóxicos no ano de 2015

não foram os que mais notificaram casos de intoxicação aguda por agrotóxicos no mesmo período, conforme apresentado no *quadro 1*, que traz os municípios em ordem decrescente de consumo de agrotóxicos, em toneladas, por área de estabelecimento agrícola, e o número de casos de intoxicação notificados, por 100 mil habitantes.

Quadro 1. Consumo de agrotóxicos em toneladas por hectare e casos de intoxicação aguda por agrotóxicos por município para cada 100 mil habitantes notificados no ano de 2015.

Município	Consumo ¹	Casos ²	Município	Consumo ¹	Casos ²
29	19,47	0	3	4,49	105,24
15	19,01	0	26	4,46	26,38
13	14,05	6,29	24	3,99	0
4	7,9	0	18	3,63	12,7
9	7,7	0	31	3,56	17,22
7	7,56	9,56	25	3,21	9,64
14	7,39	6,7	8	3,06	33,09
2	7,39	29,97	6	2,09	7,29
12	7,06	9,99	28	1,97	22,04
1	6,85	0	20	1,64	16,74
38	6,73	0	19	1,19	62,16
10	6,68	0	21	1,09	6,98
11	6,2	0	17	1,01	0
36	6,05	0	37	1	0
16	5,66	54,6	33	0,55	0
24	5,25	14,77	32	0,5	6,06
22	5,24	28,35	30	0,46	1,77
35	4,79	3,1	34	0,25	0
23	4,67	0	5	0,24	0

Fonte: Elaboração própria baseada em dados do IBGE, Siagro e Sinan.

¹Em toneladas por hectare multiplicado por 1000 [(ton/ha)x103].

²Número de casos notificados no ano de 2015 para cada 100 mil habitantes (casos/100 mil habitantes).

Os valores médio, máximo e mínimo de consumo de agrotóxicos foram bastante variados, conforme mostrado no *quadro 1*. O mesmo ocorreu com os casos de intoxicação aguda por agrotóxicos notificados no Sinan, também demonstrados no *quadro 1*. O mínimo de zero casos notificados foi obtido por 16 municípios, codificados pelos números 2, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 27, 29, 33, 34 e 38. Já a média de intoxicação aguda por agrotóxicos notificada no Sinan foi de 12,91 casos/100 mil habitantes, com o máximo de 105,24 casos notificados pelo município 3 e o mínimo de 0 casos notificados pelos municípios citados acima.

O município 3, que despontou com o maior número de casos notificados, por 100 mil habitantes, economicamente destacou-se por uma intensa atividade agrícola e de fumicultura. O técnico da vigilância epidemiológica entrevistado, que conhecia o fluxo de notificação das intoxicações agudas por agrotóxicos, não referiu dificuldades para manusear o Sinan, acreditando que os médicos estavam capacitados para diagnosticar as intoxicações. Para ele, houve uma subnotificação das intoxicações agudas por agrotóxicos, pois entendia que existiram mais casos por ano do que aqueles de fato notificados em seu município.

Entre os 16 municípios sem casos notificados no ano de 2015, foram entrevistados servidores de 11. Naquele universo, a agropecuária figurava como a principal atividade econômica em oito municípios (73%), e a prestação de serviços, no restante (27%). Dos entrevistados dessas localidades, 73% (n=8) trabalhavam na vigilância epidemiológica havia nove anos ou menos; 91% (n=10) afirmaram conhecer o fluxo das notificações; 55% (n=6) não recebiam treinamento havia mais de cinco anos ou trabalhavam havia menos de cinco anos na vigilância epidemiológica e, até o momento, não tinham recebido nenhum treinamento sobre o assunto; 73% (n=8) deles acreditavam que havia subnotificação das intoxicações agudas por agrotóxicos; 91% (n=11) pensavam que algo diferente deveria ser feito para melhorar a identificação e a notificação dos casos; e 55%

(n=6) acreditavam que os médicos estavam capacitados para realizar o diagnóstico das intoxicações agudas por agrotóxicos. Tais dados apontam para uma possível falta de capacitação, tanto por parte dos médicos, para realizarem o diagnóstico, quanto por parte dos técnicos da vigilância epidemiológica, para conduzirem as notificações.

Ações das vigilâncias epidemiológicas

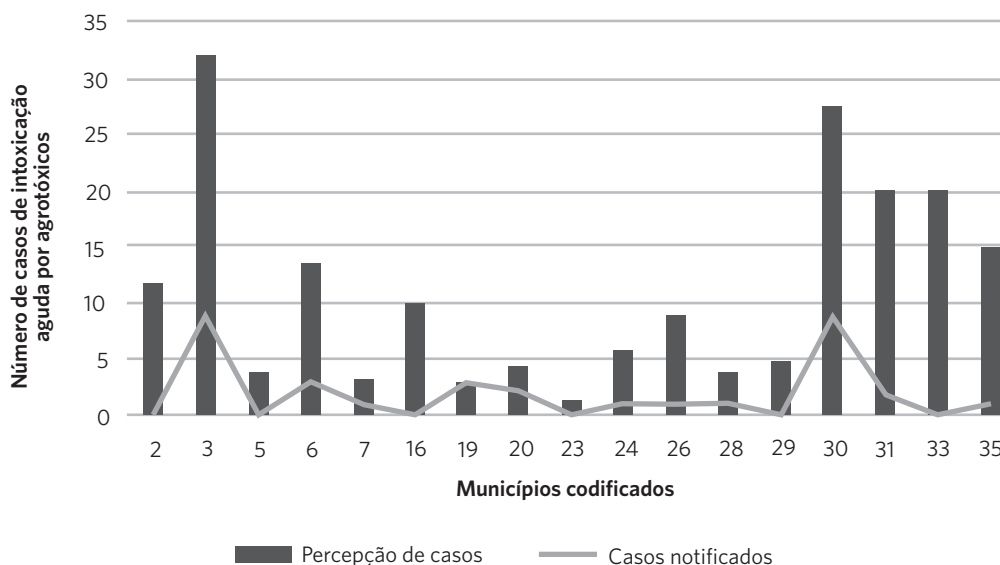
Quando questionados sobre o tempo de trabalho, pouco menos da metade dos entrevistados (44,4%) informou que trabalhava havia 4 anos ou menos na vigilância epidemiológica; 33,3%, entre 5 e 9 anos; 7,4%, entre 10 e 14 anos; 3,7%, entre 15 e 19 anos; e 11,1%, havia 20 anos ou mais.

Todos os entrevistados afirmaram ter conhecimento do fluxo das notificações de intoxicações agudas por agrotóxicos. Entretanto, apenas 63% (17 entrevistados) afirmaram saber aproximadamente o montante de casos notificados anualmente por seus municípios. Mesmos assim, quando confrontados os números estimados com os efetivamente notificados, apenas 12% (n=2) dos entrevistados informaram um número aproximadamente correto (número de intoxicações registrados \pm dois casos/ano). Os demais informaram um número muito acima da quantidade de casos notificados, mostrando que, na sua percepção cotidiana, havia mais casos de intoxicação aguda por agrotóxicos do que aqueles registrados no Sinan, conforme demonstrado pelo *gráfico 1*. O fato de terem recebido treinamento nos últimos cinco anos e o tempo de trabalho na vigilância epidemiológica não foram relevantes na aproximação da percepção de casos com a quantidade notificada, uma vez que, entre aqueles que receberam treinamento, apenas 8% (n=1) perceberam casos quantitativamente aproximados ao número de notificações, contra os 7% (n=1) daqueles que não receberam treinamento. O mesmo ocorreu entre aqueles que trabalhavam havia mais de cinco anos na vigilância epidemiológica: a percepção dos

casos se aproximou do número de casos notificados para 7% (n=1) deles, contra os 8% (n=1) dos que trabalhavam havia menos tempo. Entretanto, não se pode afirmar que ter mais qualificação e

experiência não foi importante, devido ao número muito pequeno de participantes que se aproximaram da quantidade notificada de casos, o que impediu maiores generalizações.

Gráfico1. Percepção casos de intoxicação aguda por agrotóxicos e número de casos notificados no Sinan



Fonte: Elaboração própria.

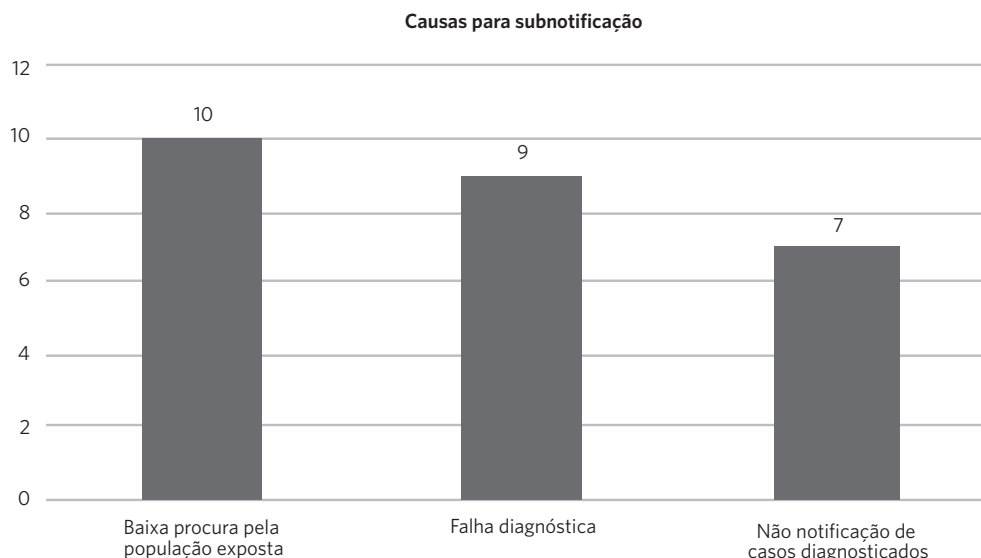
Nota: No eixo X, as cidades analisadas e codificadas por números. No eixo Y, as barras representam a percepção dos trabalhadores quanto ao número de casos de intoxicação aguda notificados; as linhas representam o número total real de casos notificados no ano de 2015.

Com relação a treinamento sobre o assunto, 48,1% (n=13) alegaram ter recebido algum nos últimos cinco anos. Outros 33,3% (n=9) relataram não ter recebido treinamento em cinco anos, e os demais 18,5% (n=5) estavam havia menos de cinco anos no serviço, mas não receberam qualquer tipo de treinamento sobre o assunto, o que totalizou 51,9% dos entrevistados trabalhando sem treinamento sobre intoxicações agudas por agrotóxicos.

O levantamento da percepção de subnotificação dos casos de intoxicação aguda por

agrotóxicos, por parte dos trabalhadores da vigilância epidemiológica, mostrou que 81,5% deles (22 entrevistados) acreditavam que o número de casos era subestimado. Entre as causas apontadas por eles, destacava-se a baixa procura, por parte da população exposta, citada por 45,45% (n=10) daqueles que acreditavam haver subnotificação; a falha no diagnóstico, por parte dos médicos, foi apontada por 40,91% (n=9); e a não notificação dos casos diagnosticados foi citada por 31,82% (n=7) dos entrevistados, conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2. Motivos elencados pelos entrevistados que acreditam haver subnotificação dos casos de intoxicação aguda por agrotóxicos



Fonte: Elaboração própria.

Nota: No eixo X, os principais motivos citados. No eixo Y, o número de profissionais que apontou cada um dos motivos.

Como motivos para a baixa procura do serviço de saúde, por parte da população exposta, citou-se a recorrência dos sintomas, que fez com que os pacientes se habituassem a tais manifestações clínicas quando usavam os agrotóxicos; o receio de admitir falhas no uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI); e o medo de represálias, por parte do agronegócio local, uma vez que, se estabelecida a relação entre a intoxicação por agrotóxicos e a atividade laboral, a vigilância sanitária deveria ser acionada para vistoriar o local de trabalho à procura de irregularidades. Tais motivos podem ser exemplificados pelas falas a seguir:

Acho que por medo de procurar ajuda ou, às vezes, o paciente não conta, também. Pode ser por medo de represália dos patrões, porque trabalha em firma... Tudo isso. (Entrevista 4).

[...] a gente sabe que muitos acabam ficando em casa, tratando, com alguns conhecimentos empíricos, trabalhar com isso. Na verdade, eles

não querem ir no hospital mesmo, ou na unidade de saúde, porque já sabem que é do produto que eles usam no plantio mesmo, principalmente do fumo. É isso que eu sinto, pelo menos, quando a gente pergunta por que que não veio antes. (Entrevista 6).

A falha no diagnóstico das intoxicações agudas por agrotóxicos, por parte dos médicos, é tida como consequência de uma anamnese superficial, focada apenas na resolução dos sintomas, sem se importar com as causas; da alta rotatividade dos profissionais, que, muitas vezes, atuam por pouco tempo no município, de maneira que os treinamentos se perdem rapidamente com a troca dos médicos; e das lacunas na qualificação dos próprios médicos, que acabam por não saber como diagnosticar as intoxicações agudas por agrotóxicos, como apontam trechos das entrevistas abaixo:

Eu acho que tem uma falha bem grande no diagnóstico, de perguntar pro paciente o que está

acontecendo, com o que ele teve contato. (Entrevista 2).

A população não procura. Se ele tem um certo sintoma, [...] não conta pro médico ou é mal interpretado; não consegue expor, de verdade; não é investigado. (Entrevista 20).

Já a falha das notificações, mesmo na vigência do diagnóstico, é vista como decorrente da alta demanda de atendimentos, tanto por parte dos médicos quanto pela equipe de enfermagem; e pela baixa importância dada à notificação pelos profissionais, o que também recai sobre a alta rotatividade, uma vez que demanda tempo e treinamento para que estes compreendam a necessidade de sempre notificar os casos. Por outro lado, quando a capacitação surte efeito, muitas vezes o contrato de trabalho é encerrado, conforme explícito nos trechos das seguintes entrevistas:

O profissional, às vezes, não preenche. Não por não saber, mas por falta de tempo. E os casos que não chegam até a gente, pela falta de procura. (Entrevista 36).

No hospital, mesmo, a gente vê que tomou alguma coisa, mas não é notificado. Por exemplo, assim: lá eu trabalho no PS [pronto socorro], e tem uma quantidade muito grande de pacientes, e você acaba não notificando no momento. O paciente ganha alta e você acaba não notificando. (Entrevista 11).

O primeiro problema é a rotatividade de profissionais, e o segundo problema é a falta de comprometimento do profissional. Porque eles sabem que têm que notificar, que é importante, mas eles não notificam. Isso não é só para agrotóxicos, é para outras situações também. (Entrevista 22).

Quando indagados sobre a presença de alguma iniciativa, por parte do município, para melhorar a identificação e a notificação dos casos de intoxicação aguda por agrotóxicos, 55,6% (n=15) dos participantes alegaram não haver ou desconhecer.

Entre os 12 entrevistados que responderam haver iniciativa, por parte do município, a maioria das respostas versou sobre ações genéricas realizadas pelos próprios servidores, que consistiam em orientações entre eles mesmos e para os agricultores que procuravam o atendimento, feitas de maneira informal, esporádica e assistemática.

Apenas dois entrevistados apontaram ações realmente organizadas pelo município, tais como: orientação em todas as comunidades agrícolas da localidade; reunião com os Agentes Comunitários de Saúde e determinação de que passassem de casa em casa, conversando com os moradores sobre o assunto; orientação para os médicos e enfermeiros da atenção primária; e até mesmo avisos na rádio local sobre o assunto.

Quando indagados sobre possíveis dificuldades no manuseio do sistema eletrônico para notificação dos casos no Sinan, apenas dois servidores (7,4%) alegaram enfrentar problemas, sendo que um deles (3,7%) nunca notificou casos de intoxicação aguda por agrotóxicos. Os demais (88,9%), no entanto, não relataram qualquer dificuldade operacional com o sistema.

Quase metade dos entrevistados, 48,1% (n=13), entenderam que os médicos dos seus municípios não estavam capacitados para realizar adequadamente o diagnóstico das intoxicações agudas por agrotóxicos, fosse por desconhecimento técnico – 79% (n=11) – ou pela realização de anamneses superficiais, diante do ritmo de atendimento imposto nos serviços – 29% (n=4). As entrevistas abaixo exemplificam os apontamentos realizados:

A maioria não sabe. Sente aquela dificuldade e acaba tratando outra coisa, e não o que deveria. Falta informação, sabe? Mas não todos. (Entrevista 28).

Às vezes, por falta de tempo, de interesse, acabam não dando importância. (Entrevista 36).

[...] o diagnóstico também é falho. O que está em

alta hoje é dengue; nós temos muita retrovírose na nossa regional. Então, o pessoal se atenta muito no que tem no momento e acaba esquecendo no que pode ter além. Inclusive, tivemos um paciente, há pouco tempo, que, desde o começo, batemos de frente com o médico, até que ele resolveu fazer os exames para confirmar a intoxicação. (Entrevista 30).

Uma quantidade expressiva de participantes (85,2%) afirma que mudanças precisam ser feitas para melhorar a identificação e notificação dos casos de intoxicação aguda por agrotóxicos. As principais mudanças sugeridas foram: treinamento para os médicos (57% dos entrevistados); conscientização da população (30%); treinamento para os técnicos das vigilâncias epidemiológica e sanitária (35%); e maior controle do comércio de venenos agrícolas (13%). Com relação à conscientização da população, sugeriram que seja voltada para o manejo dos agrotóxicos, o descarte correto das embalagens, a procura por atendimento médico em caso de sintomas e a utilização dos EPI. Foi levantada, ainda, a possibilidade de trabalhar nas escolas para conscientizar as crianças, tornando-as agentes de educação para os pais, bem como de utilizar mídias locais para que o assunto chegue até a população.

Discussão

A média de casos de intoxicação aguda por agrotóxicos notificados nos municípios pesquisados, no ano de 2015 – 12,91 casos/100 mil habitantes –, foi superior àquela encontrada por Lara et al.⁷ durante o período compreendido entre 2006 e 2010, para o estado do Paraná, que foi de 8,5 a 11,3 casos registrados a cada 100 mil habitantes. Por sua vez, os resultados de Lara et al.⁷ foram superiores aos encontrados por Faria, Fassa e Facchini⁴, no período entre 2001 e 2005, de 5,6 casos registrados a cada 100 mil habitantes, no estado. Haja vista o evidente aumento do consumo de agrotóxicos no decorrer desse período,

inclusive com o Brasil alcançando a marca de maior consumidor de agrotóxicos desde 2008, tais dados sugerem um aumento na incidência de intoxicação aguda por agrotóxicos. Não se exclui, no entanto, a possibilidade de tal resultado ser decorrente de melhorias na identificação e notificação dos casos, hipótese reforçada pelo fato de que a notificação das intoxicações agudas por agrotóxicos apenas tornou-se obrigatória pela Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011⁸, ou, ainda, devido ao fato de os municípios analisados na pesquisa terem maior incidência de casos do que os demais municípios do Paraná.

O fato de que a maioria dos entrevistados que afirmaram conhecer o número aproximado de casos de intoxicação aguda por agrotóxicos terem dito números acima daqueles registrados no Sinan, associado à percepção, por parte de 81,5% dos entrevistados, de que o número de casos de intoxicação aguda por agrotóxicos é subestimado, contribui para a hipótese de subnotificação dos casos. Essa subnotificação também foi aventada por Silva et al.⁹, que encontraram um número de intoxicações aquém do esperado para o consumo de agrotóxicos em São Miguel do Oeste (SC). Menck¹⁰ também apontou subnotificação de casos, uma vez que a maioria das intoxicações registradas tem o meio urbano como local de ocorrência, quando 85% dos agrotóxicos são consumidos nas áreas rurais.

Os motivos apontados no presente estudo como causas para a subnotificação – baixa procura, por parte da população, por atendimento médico; falha no diagnóstico; e não notificação dos casos diagnosticados – também foram verificados em outros trabalhos¹¹.

A falha diagnóstica por falta de conhecimento médico e o não reconhecimento da importância de notificar as intoxicações por agrotóxicos foram averiguadas por Rebelo et al.¹² ao compararem os óbitos apontados em diversas fontes de notificação. Um estudo realizado por Santos¹³ também aponta a baixa qualificação dos médicos para atuarem na saúde do trabalhador como causa para o baixo diagnóstico das intoxicações.

Em seu estudo, Bedor et al.¹⁴ mostram que, apesar de 30% dos trabalhadores rurais entrevistados terem apresentado sintomas de intoxicação aguda em algum momento durante a aplicação de agrotóxicos, apenas 7% foram diagnosticados com intoxicação aguda por agrotóxicos devida à baixa procura e à falha no diagnóstico. Em análise semelhante, Santos¹³ averiguou que 85,7% dos agricultores referiram sintomas de intoxicação após a exposição aos agrotóxicos em algum momento da vida, mas apenas dois deles procuraram atendimento médico.

As mudanças sugeridas pelos entrevistados para melhorar a prevenção, identificação e notificação dos casos de intoxicação aguda por agrotóxicos, como treinamento para os profissionais de saúde (médicos e outros técnicos das vigilâncias epidemiológica e sanitária), conscientização da população e maior controle do comércio de venenos agrícolas também foram levantadas por outros estudos, como o de Santana, Moura e Nogueira¹⁵, que recomendam que os profissionais de saúde recebam treinamento para identificar e tratar corretamente os casos de intoxicação aguda por agrotóxicos, além de realizar a vigilância à saúde com especial atenção para a prevenção e o controle dos casos, e a conscientização da população para o manuseio seguro dos agrotóxicos como medida necessária para a prevenção imediata dos agravos decorrentes do uso desses produtos.

Em seu trabalho, Santos¹³ observou o uso indiscriminado de agrotóxicos sem indicações ou orientações feitas por profissionais. Evidenciou que 100% da população estudada faziam uso de agrotóxicos, mas menos da metade (47,8%) recebia orientação técnica e apenas 28,5% utilizavam receituário agrônomo. Além disso, pouco mais da metade (52,3%) dos trabalhadores entrevistados afirmou utilizar EPI.

O estudo de Malaspina, Zinilise e Bueno¹⁶ sugere que sejam promovidas ações integrais de proteção e promoção à saúde, fortalecimento da atenção básica e especializada para a realização de diagnóstico e tratamento, acompanhamento e monitoramento da população

exposta aos agrotóxicos, além de conscientização e educação da comunidade sobre os riscos da exposição e intoxicação por agrotóxicos, reconhecendo, assim como no presente estudo, a necessidade de melhorar tais aspectos do cuidado à saúde. Os autores ainda apontam como necessária para o sucesso de tais ações a articulação entre os vários ministérios, como o da Saúde, da Agricultura e do Meio Ambiente, com o envolvimento de todas as esferas de governo – federal, estadual e municipal.

A utilização de mídias locais, sugerida por um dos entrevistados da presente pesquisa, também foi apontada como possível fator de melhoria por Santos¹⁷, que propõem a elaboração e divulgação de material informativo sobre os malefícios dos agrotóxicos.

Também para melhorar as notificações de agravos de notificação compulsória, Carneiro et al.¹⁸ apontam a busca ativa como possível medida. Já Santos¹¹ refere a necessidade de capacitação dos profissionais responsáveis pelas notificações como forma de minimizar as subnotificações. Em seu estudo, Goto¹⁹ cita ambas as mudanças – busca ativa e qualificação dos profissionais – como necessárias para o aprimoramento das notificações no Sinan.

Em seu estudo, Bordoni et al.²⁰ citam o método de captura-recaptura, que consiste no cruzamento de dados comuns e exclusivos de diferentes bancos de dados, como forma de mensurar o número de casos subestimados.

Chama atenção o fato de que, no presente estudo, a busca ativa não foi sequer mencionada. A falta de estrutura e de pessoal nas vigilâncias municipais talvez explique o rechaço a esta ideia.

Conclusões

O presente estudo não evidencia uma correlação positiva entre maior consumo de agrotóxicos e maiores taxas de intoxicação aguda por agrotóxicos nos municípios analisados, entretanto, os resultados apontam para a ocorrência de subnotificação de casos, motivo pelo qual não se pode afirmar que a

quantidade consumida de agrotóxicos não esteja relacionada com maiores ocorrências de intoxicação aguda por agrotóxicos, como era de se esperar.

Os apontamentos realizados pelos técnicos das vigilâncias epidemiológicas entrevistados evidenciam a necessidade de melhorar a identificação, notificação e prevenção dos casos de intoxicação aguda por agrotóxicos, por meio de treinamento e capacitação dos médicos e demais profissionais de saúde envolvidos,

além da conscientização da população, bem como a melhoria da estrutura das vigilâncias dos municípios.

O estudo deixa clara a necessidade de um sistema de informação que garanta a qualidade de coleta, armazenamento, sistematização e disponibilização das informações em bancos de dados que reflitam a realidade da população brasileira e que possam ser usados de maneira confiável para direcionar as medidas de saúde pública. ■

Referências

1. Londres, F. Agrotóxicos no Brasil um guia para ação em defesa da vida. Rio de Janeiro: AS-PTA; 2011.
2. Mello C M, Silva LF. Fatores associados à intoxicação por agrotóxicos: estudo transversal com trabalhadores da cafeicultura no sul de Minas Gerais. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013; 22(4):609-620.
3. Spadotto CA. [internet] Agrotóxicos no Brasil. [acesso em 2017 abr 12]. Disponível em: http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/gestor/agricultura_e_meio_ambiente/arvore/CONTAG01_40_210200792814.html.
4. Faria NMX, Fassa AG, Facchini LA. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007 Mar; 12(1):25-38.
5. Santos LDC, Oliveira MFF, Rodrigues MA, et al. Investigação sobre o manejo e aplicação de agrotóxicos pelos agricultores da fazenda Boa Vista, do município de Goioerê-PR e do vilarejo Água Santo Antônio, do município de Janiópolis-PR, 2000. *Arq. Apedec*. 2001; 5(1):15-21.
6. Soares WL, Porto MF. Uso de agrotóxicos e impactos econômicos sobre a saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012 Ago; 46(2):209-217.
7. Lara SS, Matos AFF, Neves SMA, et al. Intoxicação aguda por agrotóxicos nos estados do Brasil, 2006 a 2010. *Cadernos de Agroecologia*. 2015; 10(3):1-5.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [internet]. 2011 jan 25. [acesso em 2017 dez 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
9. Silva JFA, Gaidecksa JM, Reis ACJ, et al. Prevalência dos casos de intoxicação por agrotóxicos (2007-2010) em São Miguel do Oeste-SC. UEPG. 2011; 17(2):123-131.
10. Menck VF. Intoxicação do(a) trabalhador(a) rural por agrotóxicos: (sub)notificação e (in)visibilidade nas políticas públicas [dissertação]. [Limeira]: Universidade Estadual de Campinas; 2016. 149 p.
11. Santos ML. Fatores associados à subnotificação de TB e Aids, durante os anos de 2001 a 2010, a partir do Sinan [dissertação]. [Recife]: Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 60 p.
12. Rebelo F, Caldas ED, Heliodoro VO, et al. Intoxicação por agrotóxicos no Distrito Federal, Brasil, de 2004 a 2007 – análise da notificação ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica. Ciênc. saúde coletiva. 2011 ago; 16(8):3493-3502.
13. Santos, MI. Manejo de agrotóxicos e seus impactos na saúde dos trabalhadores da agricultura de abacaxi de um assentamento do Tocantins [dissertação]. [Palmas]: Universidade Federal do Tocantins; 2012. 94 p.
14. Bedor CNG, Ramos LO, Pereira PJ, et al. Vulnerabilidades e situações de riscos relacionados ao uso de agrotóxicos na fruticultura irrigada. Rev. bras. epidemiol. [internet] 2009 dez; [acesso em 2017 mar 20]; 12(1):39-49. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v12n1/05.pdf>.
15. Santana VS, Moura MCP, Nogueira FF, et al. Mortalidade por intoxicação ocupacional relacionada a agrotóxicos, 2000-2009, Brasil. Revista de Saúde Pública. 2013 jun; 47(3):598-606.
16. Malaspina FG, Zinilise ML, Bueno PC. Perfil epidemiológico das intoxicações por agrotóxicos no Brasil, no período de 1995 a 2010. Cad. Saude Colet. [internet]. 2011 Nov, [acesso em 2017 mar 20]; 4(19):425-434. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_4/artigos/csc_v19n4_425-434.pdf.
17. Santos LA. O Impacto das intoxicações causadas por agrotóxicos no município de Garanhuns-PE [internet]. 9º Congresso Brasileiro de Agroecologia; 2015; Belém: ABA; 2015 [acesso em 2017 mar 20]. Disponível em: <http://revistas.aba-agroecologia.org.br/index.php/cad/article/view/19281>.
18. Carneiro BV, Castanho DLM, Rosas WP, et al. Notificação Compulsória de Dengue em Hospital terciário militar: análise da vigilância em saúde. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, DF [internet]. 2017 jun 2015; 4(2):144-156, jun. 2015 [acesso em 2017 abr 12]. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/5489>.
19. Goto DYN. Qualidade dos dados e oportunidade de notificação da dengue no sistema de informação de agravos de notificação (Sinan), Paraná: uma pesquisa avaliativa [dissertação]. [Curitiba]: Universidade Federal do Paraná; 2015. 143 p.
20. Bordoni PHC, Bordoni LS, Silva JM, et al. Utilização do método de captura-recaptura de casos para a melhoria do registro dos acidentes de trabalho fatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016 jan; 25(1):1-10.
21. Scardoelli MGC, Buriola AA, Oliveira MLE, et al. Intoxicações por agrotóxicos notificadas na 11ª regional de saúde do estado do Paraná. Ciência, Cuidado e Saúde. 2011; 10(3):549-555.

Recebido em 11/05/2017
Aprovado em 27/11/2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014

Hospitalization by Conditions Sensitive to Primary Care in the state of Ceará, 2010-2014

José Wesley dos Santos Alves¹, Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti², Raquel Simões Monteiro Alves³, Priscila Chagas da Costa⁴

DOI: 10.1590/0103-110420185418

RESUMO Este artigo objetivou descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nas 22 Regiões de Saúde do Ceará, através de um estudo quantitativo e transversal sobre as hospitalizações ocorridas entre 2010 e 2014. Houve redução das ICSAP nas regiões, com exceção de duas. Na maioria, a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família gerou redução na proporção de ICSAP. Entretanto, é necessário um compromisso mais contundente com relação à sua qualidade, à consolidação do processo de regionalização e ao desenvolvimento de ações intersetoriais que impactem em outros determinantes de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Hospitalização. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Regionalização.

ABSTRACT This article aimed to describe the profile of Hospitalizations due to Conditions Sensitive to Primary Care (ICSAP) in the 22 Health Regions of Ceará, through a quantitative and cross-sectional study on hospitalizations between 2010 and 2014. There was a reduction of ICSAP in the regions, except for two. In the majority, the expansion of the coverage of the Family Health Strategy has generated a reduction in the proportion of ICSAP. However, a overwhelming commitment to quality is required, to the consolidation of the regionalization process and to the development of intersectoral actions that impact on other health determinants.

KEYWORDS Hospitalization. Unified Health System. Primary Health Care. Regional health planning.

¹Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Residência Integrada em Saúde - Fortaleza (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9040-1147>
wesleysa.ce@gmail.com

²Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Diretoria de Educação Profissional em Saúde - Fortaleza (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0097-1507>
caio.cavalcanti2011@gmail.com

³Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) - Crateús (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4254-5845>
raquelsnutri@gmail.com

⁴Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - Fortaleza (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0979-1916>
enfaprisilacosta@hotmail.com



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o componente de um sistema de saúde que permite tanto a entrada prioritária de pessoas aos serviços assistenciais como o acompanhamento longitudinal de sujeitos saudáveis ou não em seu ambiente comunitário. Ela deve fazer o papel de coordenar e integrar os demais pontos de atenção à saúde, racionalizar os custos do sistema, abordar os problemas sanitários mais comuns da comunidade, com responsabilidade pelo acesso, pela prevenção, pelo tratamento, pela cura e pela reabilitação dos usuários através de processos de trabalho em equipe, visando à máxima condição de saúde e bem-estar dos sujeitos¹.

Embora seja visto durante a história de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) um crescimento da oferta de serviços de APS que indique uma ampliação de acesso, ainda estão postos alguns desafios para atendimento das necessidades de saúde da população, a exemplo da fragmentação das políticas e dos programas de saúde^{2,3}. Deste modo, é imprescindível a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão³.

Atualmente, tomam destaque discussões sobre a implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁴, que têm posicionado a APS como coordenadora do sistema de saúde, de modo a assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado com vistas à resolubilidade dos problemas sanitários⁵.

Para auxiliar na avaliação dos sistemas de saúde, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) podem servir como indicador indireto de qualidade do acesso e desempenho da APS, revelando a efetividade das ações de saúde oferecidas nesse nível^{3,6}. A fundamentação para essa questão reside na hipótese de que uma elevada resolubilidade na atenção primária deveria repercutir em uma redução dos ingressos hospitalares, através do aumento das medidas preventivas e da otimização dos tratamentos ambulatoriais^{3,7,8}.

Em 2008, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), publicou oficialmente a Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, que traz a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, relacionada por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a qual pode ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal⁹.

No estado do Ceará, o sistema de saúde está estruturado em 22 Regiões de Saúde (RS) e 5 Macrorregiões de Saúde¹⁰. As RS são agrupamentos de municípios limítrofes, demarcados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e transporte compartilhadas, visando a integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde¹¹. A APS está organizada em cada município; os serviços especializados de média complexidade são pactuados entre o estado e as RS; as macrorregiões estão definidas pela oferta de serviços especializados de alta complexidade e alto custo¹².

Considerando a ênfase na diretriz da regionalização na atual organização do SUS e a importância da APS nesse contexto^{5,11}, este estudo tem o objetivo de descrever o perfil das ICSAP no estado do Ceará, entre os anos de 2010 a 2014, de modo a subsidiar o planejamento de ações de saúde voltadas para a organização dos sistemas regionais de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal sobre as ICSAP de pacientes residentes nas RS do estado do Ceará, pagas pelo SUS, ocorridas no período de 2010 a 2014.

As informações sobre as internações foram obtidas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasis)¹³, cuja fonte de dados foi

a Autorização de Internação Hospitalar (AIH/SUS).

Foram também levantadas informações de cobertura da população por Equipes de Saúde da Família (EqSF), a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) do Datasus¹⁴, ainda utilizado àquela época e ora progressivamente substituído pelo e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O Siab teve como objetivo agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à APS utilizando como estratégia central a Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁵. Para o cálculo da cobertura populacional da ESF foi considerado o número de EqSF e a média de 3.450 pessoas (média de pessoas acompanhadas por uma EqSF)¹⁶, com limitador de 100% de cobertura. No denominador, utilizou-se a estimativa populacional em cada ano analisado.

O diagnóstico principal das internações registrado no SIH/SUS foi adotado como causa de internação, de acordo com a CID-10. Excluídos os partos (CID-10: O80 a O84), por representarem desfecho natural à gestação, as internações foram classificadas como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), de acordo com a Lista Brasileira publicada como anexo da Portaria SAS/MS nº 221/2008⁹. As internações gerais compreenderam o somatório das ICSAP e demais internações.

Considerou-se o ano de atendimento da AIH/SUS para definir a temporalidade do evento. Dados referentes ao sexo foram assumidos sem modificações. Os subgrupos etários seguiram a mesma categorização do Datasus, porém, optou-se por agregar os dados do subgrupo menores de 1 ano ao subgrupo com idade de 1 a 4 anos, gerando um subgrupo de 0 a 4 anos, com a finalidade de igualar os dados etários ao padrão de dados de projeção populacional, facilitando o processo de análise. As RS foram definidas segundo o mapa da regionalização estabelecido no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Ceará, totalizando 22 regiões¹⁰.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2013. Foram calculados os coeficientes de ICSAP (nº ICSAP de pacientes residentes nas RS/

população das RS no ano x 1.000 habitantes) e de internações gerais (nº internações gerais de pacientes residentes nas RS/população das RS no ano x 1.000 habitantes), no período de 2010 a 2014. Calcularam-se, também, as variações percentuais da frequência de ICSAP e dos coeficientes de ICSAP e de internações gerais entre os anos de 2014 e 2010.

Outra análise realizada foi a relação entre a cobertura populacional de EqSF e a participação percentual das ICSAP no total das internações de pacientes residentes, segundo RS.

Os dados populacionais utilizados foram os do Censo Demográfico 2010 e as estimativas anuais enviadas ao Tribunal de Contas da União (TCU), ambos disponíveis no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷.

Este estudo não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público. Entretanto, foram respeitadas as normas vigentes no Brasil relacionadas à ética na pesquisa com seres humanos, constantes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Os dados foram analisados especificamente para esta pesquisa, sem qualquer identificação individual.

Resultados

Conforme os dados do SIH/SUS, houve variação de -8,6% nas internações gerais entre os anos de 2010 e 2014 no estado do Ceará. Houve variação percentual negativa nas internações gerais em todas as RS, exceto para Maracanaú (7,7%) e Russas (4,8%). As maiores reduções ocorreram nas RS de Iguatu (-31,3%) e Sobral (-24,9%)¹³.

Houve, também, redução na frequência das ICSAP no estado do Ceará (*tabela 1*). Semelhantemente ao que ocorreu com as internações gerais, verificou-se aumento da variação percentual de ICSAP nas RS de Maracanaú e Russas, tendo esta apresentado uma ampliação superior a 80%. Iguatu e Sobral lideraram as reduções.

Tabela 1. Número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) registradas no SUS, segundo RS de residência do paciente no estado do Ceará, 2010 a 2014

Região de Saúde (RS)	Frequência de internação paciente residente por CSAP					Varição %
	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2010
1ª RS Fortaleza	27.060	28.162	24.460	27.617	26.213	-3,1%
2ª RS Caucaia	4.416	4.581	3.979	4.344	3.941	-10,8%
3ª RS Maracanaú	3.929	4.004	3.316	4.091	4.047	3,0%
4ª RS Baturité	2.029	1.970	1.343	1.393	1.211	-40,3%
5ª RS Canindé	2.778	2.743	2.128	2.410	1.976	-28,9%
6ª RS Itapipoca	2.812	2.928	2.863	2.746	2.445	-13,1%
7ª RS Aracati	1.184	958	811	959	842	-28,9%
8ª RS Quixadá	3.764	3.823	3.041	3.565	2.985	-20,7%
9ª RS Russas	2.740	3.595	3.862	4.886	4.967	81,3%
10ª RS Limoeiro do Norte	2.909	3.745	3.172	3.801	2.834	-2,6%
11ª RS Sobral	8.720	8.180	5.874	6.334	5.169	-40,7%
12ª RS Acaraú	1.955	2.291	1.908	1.811	1.669	-14,6%
13ª RS Tianguá	4.644	4.466	3.460	4.137	3.587	-22,8%
14ª RS Tauá	2.937	2.561	2.083	2.457	2.205	-24,9%
15ª RS Crateús	4.732	4.528	4.378	5.493	4.362	-7,8%
16ª RS Camocim	1.892	1.679	1.355	1.445	1.316	-30,4%
17ª RS Icó	3.834	3.350	2.388	3.920	3.372	-12,1%
18ª RS Iguatu	6.996	6.635	5.322	5.090	4.033	-42,4%
19ª RS Brejo Santo	6.124	6.534	6.433	5.903	5.268	-14,0%
20ª RS Crato	7.743	7.512	6.313	6.510	5.204	-32,8%
21ª RS Juazeiro do Norte	6.001	5.360	4.633	4.402	5.649	-5,9%
22ª RS Cascavel	2.545	2.718	2.097	2.718	2.059	-19,1%
Estado do Ceará	111.744	112.323	95.219	106.032	95.354	-14,7%

Fonte: SIH/SUS¹³.

Quanto aos coeficientes de ICSAP e de internações gerais (*tabela 2*), observou-se que o estado do Ceará apresentou redução percentual para ambos entre 2010 e 2014. As RS de Sobral e Iguatu apresentaram as maiores reduções nos coeficientes, enquanto em Russas

e Maracanaú verificaram-se os maiores aumentos percentuais. Apesar das elevações no coeficiente por internações gerais e em números absolutos nos dois tipos de internação, a RS de Maracanaú demonstrou discreta diminuição no coeficiente de ICSAP.

Tabela 2. Coeficientes de internação (por mil habitantes) por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e por internações gerais, segundo RS de residência do paciente no estado do Ceará, 2010 a 2014

Região de Saúde (RS)	Coeficiente de internação por 1.000 habitantes										Variação %	
	2010		2011		2012		2013		2014		2014/2010	
	CSAP	Geral	CSAP	Geral	CSAP	Geral	CSAP	Geral	CSAP	Geral	CSAP	Geral
1ª RS Fortaleza	10,4	56,0	10,7	56,1	9,2	51,7	10,2	54,4	9,6	51,1	-7,8%	-8,8%
2ª RS Caucaia	7,8	46,0	8,0	45,9	6,9	40,5	7,3	46,1	6,6	42,6	-16,2%	-7,6%
3ª RS Maracanaú	8,0	48,1	8,0	46,8	6,6	43,6	7,9	47,3	7,7	48,8	-3,0%	1,4%
4ª RS Baturité	15,2	63,8	14,7	61,6	10,0	49,8	10,2	51,0	8,8	52,7	-42,1%	-17,3%
5ª RS Canindé	14,2	53,9	13,9	52,2	10,7	47,8	11,9	48,2	9,7	47,8	-31,5%	-11,3%
6ª RS Itapipoca	10,3	52,7	10,6	53,8	10,3	53,1	9,6	50,5	8,5	49,2	-17,9%	-6,7%
7ª RS Aracati	10,8	49,8	8,7	48,0	7,3	41,7	8,4	45,9	7,3	44,0	-32,1%	-11,5%
8ª RS Quixadá	12,3	53,9	12,4	56,2	9,8	51,4	11,3	52,6	9,4	48,4	-23,7%	-10,2%
9ª RS Russas	14,4	72,5	18,7	67,9	20,0	66,6	24,9	68,6	25,2	73,7	75,8%	1,6%
10ª RS Limoeiro do Norte	13,4	54,0	17,2	56,3	14,5	53,2	17,1	60,4	12,7	52,1	-5,5%	-3,5%
11ª RS Sobral	14,3	61,4	13,3	60,9	9,5	54,2	10,1	52,1	8,2	44,2	-43,2%	-28,0%
12ª RS Acaraú	9,3	46,2	10,7	46,9	8,8	43,1	8,2	39,5	7,5	36,8	-19,2%	-20,4%
13ª RS Tianguá	15,7	61,7	15,0	60,1	11,5	54,7	13,5	52,1	11,6	51,0	-26,2%	-17,3%
14ª RS Tauá	26,5	75,6	23,0	65,7	18,7	63,5	21,7	61,9	19,4	65,5	-26,7%	-13,4%
15ª RS Crateús	16,3	56,1	15,6	52,0	15,0	53,5	18,6	55,1	14,7	49,0	-9,5%	-12,6%
16ª RS Camocim	12,6	51,3	11,2	49,3	9,0	42,7	9,4	40,5	8,5	38,1	-32,4%	-25,7%
17ª RS Icó	22,8	61,7	19,9	61,0	14,2	46,4	22,9	59,4	19,7	56,1	-13,6%	-9,1%
18ª RS Iguatu	22,8	63,8	21,5	61,5	17,2	50,9	16,1	48,3	12,7	42,4	-44,2%	-33,5%
19ª RS Brejo Santo	29,8	80,2	31,7	84,3	31,0	79,4	28,0	73,4	24,9	68,7	-16,6%	-14,4%
20ª RS Crato	23,6	78,9	22,7	78,1	19,0	70,6	19,2	66,8	15,3	62,6	-35,2%	-20,6%
21ª RS Juazeiro do Norte	15,1	66,4	13,4	60,5	11,5	56,7	10,7	50,9	13,6	59,5	-10,0%	-10,4%
22ª RS Cascavel	8,7	45,9	9,1	46,0	6,9	40,3	8,7	45,1	6,5	40,4	-24,5%	-12,0%
Estado do Ceará	13,2	57,5	13,2	56,8	11,1	51,8	12,1	53,0	10,8	50,3	-18,4%	-12,6%

Fonte: SIH/SUS (Datasus)¹³ e IBGE¹⁷.

Nos anos de 2010 e 2014, as ICSAP compreenderam, respectivamente, 23,0% e 21,4% das internações gerais no Ceará. A maior proporção ocorrida no estado foi em 2011 (23,2%). Em termos percentuais, houve variação positiva entre as proporções de 2014 em relação a 2010 nas RS de Russas (14,5%), Crateús (1,1%), Acaraú (0,3%), Fortaleza (0,2%) e Juazeiro do Norte (0,1%). As demais RS tiveram uma redução no percentual, com destaque para Baturité (-7,2%), Canindé (-6,0%) e Iguatu (-5,7%).

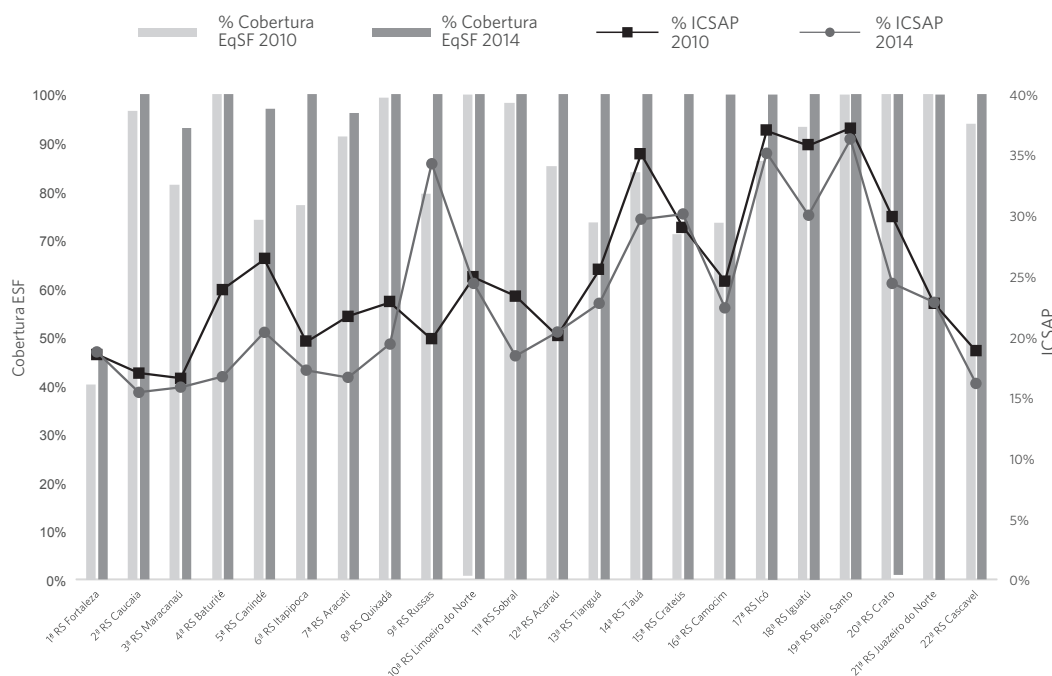
Analisou-se, também, a relação entre a cobertura pelas EqSF e o percentual de ICSAP no tocante às internações gerais (*gráfico 1*). Observou-se em todas as RS ampliação da cobertura de EqSF entre 2010 e 2014, com exceção daquelas que já haviam atingido 100% nos dois anos referidos. Destaca-se a baixa cobertura de EqSF verificada na RS de Fortaleza, ainda que tenha demonstrado um aumento discreto nesse indicador em 2014.

Apesar da ampliação da cobertura de EqSF,

a RS de Russas apresentou importante elevação da proporção de ICSAP, contrariando as expectativas de que a ampliação da cobertura da APS corrobora para reduzir o número de hospitalizações por ICSAP. Situação semelhante foi observada nas RS de Fortaleza, Acaraú, Crateús e Juazeiro do Norte, porém, em uma amplitude menor. Isso parece demonstrar que

o aumento da cobertura de EqSF não repercutiu em um aprimoramento no acesso aos serviços, bem como nos processos assistenciais primários ofertados nessas RS. Nas demais RS, a ampliação ou a manutenção de 100% da cobertura de EqSF foi acompanhada de uma redução nas ICSAP.

Gráfico 1. Cobertura da população por Equipes de Saúde da Família (EqSF) e participação das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no total das interações de pacientes residentes, segundo RS. Ceará, 2010 e 2014



Fonte: Siab/MS¹⁴⁻¹⁵, SIH/SUS (Datusus)¹³ e IBGE¹⁷.

No que diz respeito às variações percentuais por grupo de causas de ICSAP (*tabela 3*), observou-se redução na maioria dos grupos no estado. Houve aumento da frequência de interações no Ceará, os maiores ocorrendo para infecções de pele e do tecido subcutâneo e doenças

relacionadas ao pré-natal e ao parto. Os demais incrementos foram observados nas doenças pulmonares, cerebrovasculares e epilepsias. As reduções mais significativas foram para úlceras gastrointestinais, anemia, asma, gastroenterites infecciosas e complicações e hipertensão.

Tabela 3. Variação percentual na frequência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), segundo grupo de causas e Região de Saúde de residência no estado do Ceará, 2014 em relação a 2010

Grupo de Causas (CSAP)	Região de Saúde (RS)						
	Fortaleza	Caucaia	Maracanaú	Baturité	Canindé	Itapipoca	Aracati
1. Doenças preveníveis p/ imunização e cond. sensíveis	15,1%	42,9%	-46,2%	100,0%	62,5%	50,0%	-80,0%
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	-33,0%	-46,0%	-22,1%	-62,8%	-36,0%	-29,5%	-36,0%
3. Anemia	-65,6%	-61,0%	-69,6%	-100,0%	-6,6%	-35,9%	-16,7%
4. Deficiências nutricionais	-50,9%	-50,9%	-53,1%	-16,7%	-12,5%	57,1%	-14,3%
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta.	-19,2%	-57,8%	129,6%	0,0%	233,3%	160,0%	-50,0%
6. Pneumonias bacterianas	11,6%	30,4%	-0,7%	-33,0%	-37,7%	-19,4%	-7,7%
7. Asma	-28,1%	-26,4%	-6,6%	-68,1%	-55,6%	-50,0%	-65,8%
8. Doenças pulmonares	33,0%	66,4%	80,2%	35,4%	-1,9%	375,0%	-56,3%
9. Hipertensão	-67,2%	-72,4%	-29,0%	-87,5%	25,7%	-76,3%	-30,8%
10. Angina	DADOS NÃO DISPONÍVEIS NO SIH/SUS - DATASUS						
11. Insuficiência cardíaca	-6,2%	-11,7%	-16,9%	-34,2%	-15,6%	-41,3%	-23,9%
12. Doenças cerebrovasculares	63,7%	-2,8%	47,6%	24,7%	-31,8%	19,8%	-31,8%
13. Diabetes mellitus	-23,9%	-19,3%	-21,8%	-57,0%	30,8%	10,1%	-10,6%
14. Epilepsias	82,8%	56,3%	6,9%	27,3%	75,0%	54,5%	-25,0%
15. Infecção no rim e trato urinário	0,5%	-7,6%	-5,0%	-52,3%	-22,0%	-32,6%	-47,3%
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	46,8%	30,0%	47,3%	-36,1%	-61,7%	314,3%	0,0%
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	-10,6%	-33,8%	-29,5%	-53,6%	-41,9%	30,8%	-79,5%
18. Úlcera gastrointestinal	-42,5%	-38,1%	-6,3%	0,0%	-60,0%	-37,5%	-75,0%
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	23,0%	-18,8%	85,7%	0,0%	0,0%	146,7%	*

Grupo de Causas (CSAP)	Região de Saúde (RS)							
	Quixadá	Russas	Limoeiro do Norte	Sobral	Acarauá	Tianguá	Tauá	Crateús
1. Doenças preveníveis p/ imunização e cond. sensíveis	122,2%	-52,9%	116,7%	93,5%	53,8%	6,7%	100,0%	-66,7%
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	-28,4%	69,1%	3,2%	-63,8%	-25,3%	-50,4%	-53,1%	-6,3%
3. Anemia	8,6%	825,0%	78,6%	-95,7%	-50,0%	6,1%	*	-32,1%
4. Deficiências nutricionais	-40,7%	52,6%	-88,9%	61,0%	-71,4%	-80,0%	*	-58,8%
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta.	-87,1%	208,2%	-25,7%	-55,1%	0,0%	2,2%	683,3%	-25,0%
6. Pneumonias bacterianas	-4,9%	123,8%	-9,4%	-27,7%	39,6%	2,1%	72,6%	15,9%
7. Asma	-62,4%	-5,9%	-51,0%	-48,1%	-62,3%	-67,2%	-75,5%	-55,5%
8. Doenças pulmonares	-22,5%	158,9%	79,2%	-36,8%	-44,7%	-32,9%	370,0%	0,0%
9. Hipertensão	-52,6%	53,0%	-46,6%	-92,8%	-87,5%	-73,3%	-63,6%	18,6%
10. Angina	DADOS NÃO DISPONÍVEIS NO SIH/SUS - DATASUS							
11. Insuficiência cardíaca	-22,7%	21,0%	-0,6%	-14,6%	-4,0%	-35,5%	-37,4%	-23,9%
12. Doenças cerebrovasculares	13,9%	5,5%	21,5%	-22,7%	-20,9%	10,4%	-8,0%	-20,0%
13. Diabetes mellitus	-13,0%	43,5%	-22,1%	-50,5%	-46,5%	-21,8%	-68,2%	-5,1%

Tabela 3. (cont.)

Grupo de Causas (CSAP)	Região de Saúde (RS)							Estado do Ceará
	Camocim	Icó	Iguatu	Brejo Santo	Crato	Juazeiro do Norte	Cascavel	
14. Epilepsias	-7,5%	167,9%	95,8%	-41,8%	11,1%	-44,4%	-47,8%	15,4%
15. Infecção no rim e trato urinário	-13,4%	95,8%	-14,9%	-51,1%	-23,1%	-4,4%	-27,4%	-4,8%
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	-62,9%	272,1%	4,3%	78,8%	31,9%	140,5%	223,8%	23,1%
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	20,9%	47,5%	-50,0%	-45,3%	-24,0%	43,1%	200,0%	-34,5%
18. Úlcera gastrointestinal	47,1%	-57,5%	-35,3%	-34,6%	-66,7%	-9,1%	180,0%	-33,3%
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	200,0%	100,0%	300,0%	97,3%	150,0%	-75,0%	-100,0%	425,0%
DADOS NÃO DISPONÍVEIS NO SIH/SUS - DATASUS								
11. Insuficiência cardíaca	-18,5%	-28,1%	-38,1%	-15,7%	-40,0%	-26,1%	-14,1%	-16,1%
12. Doenças cerebrovasculares	-1,1%	0,5%	7,3%	-13,6%	-28,6%	-24,1%	30,5%	15,1%
13. Diabetes mellitus	8,2%	-2,6%	-23,1%	-0,7%	-5,3%	-14,7%	-33,5%	-20,5%
14. Epilepsias	4,5%	-50,0%	-23,8%	1,7%	5,6%	-1,0%	52,9%	16,5%
15. Infecção no rim e trato urinário	-11,9%	-11,0%	-39,2%	-9,5%	-35,8%	2,0%	-25,7%	-15,0%
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	173,3%	75,0%	15,8%	65,8%	44,9%	101,0%	-9,5%	40,4%
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	-20,0%	52,2%	-33,3%	16,7%	-32,8%	-65,8%	-16,7%	-18,2%
18. Úlcera gastrointestinal	-83,3%	-67,3%	-54,8%	-58,6%	-44,9%	-22,2%	-29,0%	-43,5%
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	433,3%	-100,0%	*	-100,0%	425,0%	100,0%	33,3%	53,2%

Fonte: SIH/SUS, 2015¹⁹.

*Sem dados disponíveis ou frequência igual a zero no ano de 2010.

Outro fato que chamou atenção foi haver ocorrido aumento da variação percentual para doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis na maioria das RS. Os maiores incrementos foram observados nas

RS de Quixadá, Limoeiro do Norte, Baturité, Tauá e Iguatu, todos com 100% ou mais de variação positiva.

É importante destacar algumas limitações presentes neste estudo, a saber: a utilização

de dados secundários; dados indisponíveis para algumas variáveis analisadas; o uso de projeções populacionais muitas vezes não fidedignas; o registro das internações realizadas apenas no SUS; a possibilidade de ocorrência de eventuais duplicações na contagem de um mesmo paciente; a ausência de dados de morbidade extra-hospitalares; e o fato de a cobertura populacional da ESF ter sido considerado a (in)adequação da composição das equipes, a qualificação profissional, os vínculos trabalhistas e aspectos estruturais da APS^{8,18-20}.

Discussão

As informações produzidas por este estudo configuram-se úteis para o monitoramento e a avaliação do processo de regionalização em curso no estado, uma vez que a análise das ICSAP pode ser utilizada como parte da avaliação da resolubilidade, da qualidade e do acesso à APS, sobretudo em investigações sobre iniquidades inter-regionais nesse acesso²¹. Pode auxiliar, também, na identificação de necessidades que requeiram a reorientação ou mesmo a proposição de políticas públicas de saúde.

Ressalva-se, contudo, que existem questões que podem refletir no uso inadequado dos serviços de saúde, como particularidades sociodemográficas e epidemiológicas, padrão de uso dos serviços, ausência de rede de proteção social, atitudes individuais frente ao tratamento de doenças, dificuldades de acesso, escassez de recursos, manejo clínico inadequado, fácil acesso à rede especializada e hospitalar e baixo grau de coordenação da APS²¹.

Caminal-Homar & Casanova-Matutano⁷ afirmam que as ICSAP podem ser evitadas ou diminuídas por ações próprias da APS, seja evitando internações por doenças imunizáveis ou que permitem diagnóstico e tratamento de condições prévias, seja impedindo complicações ou reduzindo as reincidências de internações ao aprimorar o cuidado e o acompanhamento do usuário com problemas crônicos.

Verificou-se no Ceará redução da frequência de ICSAP no período de 2010 a 2014. Os resultados demonstraram que houve uma tendência uniforme para a redução da frequência de ICSAP no período nas RS cearenses, com exceção de Russas e Maracanaú. As reduções nas frequências de internações gerais foram acompanhadas por reduções nas frequências de ICSAP. De forma análoga, as RS de Russas e Maracanaú demonstraram aumento em ambas as frequências, fazendo supor que haja relação direta entre os dois tipos de internação.

Entre as RS do Ceará, a RS de Fortaleza foi a que apresentou o menor percentual de cobertura de EqSF. Ela é composta pelos municípios de Aquiraz, Eusébio, Fortaleza e Itaitinga, e a baixa cobertura na capital cearense interferiu significativamente na cobertura da RS, tendo em vista que os outros municípios atingiram cobertura superior a 90%. Segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, no ano de 2014, a cobertura populacional por EqSF da cidade de Fortaleza foi de 42,05%, o que corresponde a 1.072.950 habitantes com 311 EqSF. Quanto ao *ranking* da cobertura populacional nas capitais brasileiras, destacaram-se Teresina (92,39%), Florianópolis (89,81%) e Palmas (85,61%)^{10,22}. Pelo baixo percentual de cobertura em Fortaleza, foi estabelecido no Plano Municipal de Saúde de Fortaleza a ampliação de equipes completas da EqSF para 60% até 2017²³.

O mesmo nexos não foi observado com relação aos coeficientes de internação geral e de ICSAP. Enquanto na RS de Russas houve uma variação percentual positiva para ambos os coeficientes, na RS de Maracanaú houve um aumento apenas no coeficiente de internações gerais. Uma vez que foi observado um aumento nas frequências de internações gerais e por CSAP em ambas as regiões e que os coeficientes são calculados em função da população, isso sugere que esses comportamentos distintos possam estar relacionados às diferenças na velocidade de crescimento populacional nas RS em questão, que, no período analisado, foi bem maior em Maracanaú (variação de 6,2%) do que em Russas (variação de 3,1%).

Na maioria das RS, a ampliação (ou manutenção em 100%) da cobertura por EqSF esteve acompanhada de uma redução na proporção de ICSAP na comparação entre 2010 e 2014. Essa relação foi observada no estudo de Rehem e Egry³ sobre as ICSAP no estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007.

Porém, percebe-se que isso não se deu de modo uniforme em todas as RS do Ceará. Tal fato, somado aos casos em que houve, concomitantemente, ampliação da cobertura de EqSF e aumento na proporção de ICSAP, corrobora a hipótese de que uma ampliação da ESF por si, sem o compromisso com a resolubilidade, a qualidade e o acesso, não gera impacto sobre as ICSAP. Ainda que, no período, a ampliação da cobertura tenha contribuído para a redução na proporção de ICSAP de forma geral, pode-se deduzir que as RS cearenses não têm estruturado a APS de modo uniforme, em outras palavras, elas têm demonstrado níveis qualitativos distintos. Salienta-se que a baixa escolaridade, as altas taxas de desemprego, os baixos níveis de renda e menores aportes populacionais têm sido elencados como outros fatores associados a uma maior proporção de ICSAP²⁴⁻²⁶.

A análise das ICSAP por grupos de causas nas RS revelou comportamentos diversos. O primeiro ponto que chamou atenção foi o aumento nas ICSAP por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis. Pazó et al.¹⁸ encontraram o mesmo resultado ao estudarem as ICSAP no estado do Espírito Santo, entre 2005 e 2009. O aumento na cobertura da ESF deveria implicar uma ampliação do acesso à assistência e da prevenção por imunobiológicos, atividade realizada historicamente na APS. Dessa forma, pode-se questionar a efetividade desse procedimento em muitas RS do Ceará no período de estudo. Boing et al.²⁷ relatam que, apesar do exemplar programa de imunizações no Brasil, problemas como falta de insumos e de imunobiológicos, *deficit* de agentes comunitários de saúde nas campanhas de vacinação e resistência dos usuários à vacinação repercutem em deficiência na cobertura vacinal.

As ICSAP por infecções de pele e do tecido subcutâneo foram as que mais aumentaram no estado do Ceará. Sobre essa ampliação temporal da frequência no estado de São Paulo, Rehem e Egry³ questionam se o problema reside na organização da ESF para atender a tal diagnóstico ou na baixa sensibilidade desse agravo no nível primário.

As doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto demonstraram o segundo maior aumento da frequência de ICSAP no Ceará. O Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, lançou a Rede Cegonha, uma rede de atenção à saúde que tem a perspectiva de promover melhoria na assistência à saúde materno-infantil, com focos no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia do acesso, acolhimento e resolubilidade e redução da mortalidade materna e neonatal²⁸. No Ceará, está uma das RAS que mais têm avançado no processo de discussão, planejamento, estruturação e implantação nas RS. É possível que a estruturação prioritária de fluxos de acesso e a ampliação da rede hospitalar vinculada a Rede Cegonha possam corroborar uma ampliação do número de hospitalizações por doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto. Contudo, esse panorama também aponta para a necessidade de fortalecimento do componente APS da rede como nível assistencial de promoção, prevenção e tratamento desse grupo de causas.

Conclusões

A redução das ICSAP no estado do Ceará ao longo dos anos de 2010 a 2014 não deve representar um indicador de qualidade da APS. Em primeiro lugar, por representar um indicador de desempenho indireto e, em segundo lugar, porque o estudo particular de cada RS demonstrou resultados insatisfatórios.

O panorama das ICSAP por grupo de causas sinaliza desafios concretos para a gestão. Questões de saúde envolvendo estratégias de promoção, prevenção e tratamento, que

podem ser conduzidas em nível primário, evitando hospitalizações desnecessárias, têm demonstrado índices inadequados no cenário estadual, destacando-se as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, cerebrovasculares e relacionadas ao pré-natal e ao parto. As disparidades entre os resultados verificados nas RS demonstram que elas não têm se desenvolvido de modo uniforme, algumas com baixo desempenho, como no caso da RS de Russas.

Nesse sentido, é importante fortalecer o papel de coordenação da gestão estadual na condução do processo de regionalização. Ampliar e priorizar os espaços de discussão e pactuação, garantir apoio técnico e autonomia às comissões intergestores regionais, estabelecer mecanismos mais eficientes de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde e propor políticas de saúde que levem em consideração as distintas realidades regionais podem ser estratégias que colaborem para um melhor desempenho e uma maior uniformidade entre as RS.

O impacto do processo de regionalização da saúde no Ceará na APS nesses últimos anos, embora caminhe para uma redução dos números de ICSAP, parece demonstrar fragmentação do serviço e da gestão, barreiras de acesso e baixas resolubilidade e efetividade das ações em nível primário.

A orientação do sistema de saúde centrado em uma atenção primária de qualidade e resolutiva requer a priorização de investimentos nesse nível assistencial para garantir a efetividade das redes de atenção estruturadas nas RS. Investir na atenção primária pode implicar, em médio e longo prazos, a redução de gastos com procedimentos de alta complexidade e otimização do uso de recursos disponíveis (como leitos hospitalares).

Contudo, espera-se que este trabalho sirva não apenas como referência para a gestão da saúde no estado do Ceará, mas, também, como incentivo ao aprimoramento da análise das ICSAP enquanto um indicador de qualidade indireto da APS.

Colaboradores

Alves JWS e Cavalcanti CGCS foram responsáveis pela concepção do estudo, pelo levantamento, pela análise e interpretação dos dados e pela redação do artigo. Alves RSM e Costa PC participou da análise e da interpretação dos dados e da revisão crítica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. ■

Referências

- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2865-2875.
- Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(12):4755-4766.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 31 Dez 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 Out 2011.
- Souza LL, Costa, JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde de no RS. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(4):765-772.
- Caminal-Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención Primaria.* 2003; 31(1):61-65.
- Macinko J. Estados Unidos: estudo da lista de Internações por condições sensíveis à atenção básica. In: Relatório de Atividades do III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade e valorização de resultados. [internet]. 2007 dez 13-15 [acesso em 2015 mar 12]; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. p. 186-192. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica na forma de anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União.* 18 Abr 2008.
- Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. [internet] Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará 2014. [acesso em 2015 mar 12]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014>.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 29 Jun 2011.
- Secretaria da Saúde do estado do Ceará. [internet] Coordenadorias regionais de saúde. [acesso em 2015 mar 13]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. [internet] Morbidade hospitalar do SUS – por local de residência – Ceará. [acesso em 2015 mar 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrce.def>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [internet] Histórico de cobertura da saúde da família. [acesso em 2015 mar 13]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [internet] Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. [acesso em 2015 mar 12]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [internet] Histórico de cobertura da saúde da família: nota técnica. [acesso em 2015 mar 12]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/ge>

- ral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet]. Censo demográfico 2010. [acesso em 2015 mar 14]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
 18. Pazó RG, Frauches DO, Galvéas DP, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(2):275-282.
 19. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2013; 59(2):120-127.
 20. Escrivão Júnior A. Internações por condições sensíveis à atenção primária na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo: Fundap, 2014.
 21. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009. 25(6):1337-1349.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [internet] [acesso em 2018 jan 25]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>.
 23. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017 [internet] [acesso em 2018 jan 25]. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2017. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/infosaude-menu/67-plano-municipal-de-saude-2>.
 24. Márquez-Calderón S, Águila MMR, Perea-Milla E, et al. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003; 17(5):360-367.
 25. Roos LL, Wald R, Uhanova J, et al. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. *Health Serv Res*. 2005; 40(4):1167-1185.
 26. Dias-Da-Costa JS, Büttendbender DC, Hoefel AL, et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2):358-364.
 27. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, et al. A. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública*. 2012. 46(2):359-366.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 27 Jun 2011.

Recebido em 21/09/2017
Aprovado em 29/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Body, movement and health: connections from the point of view of complexity

Corpo, movimento e saúde: conexões sob a ótica da complexidade

Leonardo Tonelli¹, Daniel Canavese², Alessandra Xavier Bueno³, Alcindo Antônio Ferla⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S419

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Porto Alegre (RS), Brazil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8575-6733>
toneleo.90@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Porto Alegre (RS), Brazil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0110-5739>
daniel.canavese@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Porto Alegre (RS), Brazil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7153-8882>
bueno.ax@gmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Porto Alegre (RS), Brazil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9408-1504>
ferlaalcindo@gmail.com

ABSTRACT Understanding the relationship between body, health, and movement beyond biological determinism and the current biomedical paradigm should consider other emerging interpretations that consider the multiplicity of the innumerable dimensions of which the triad can be composed as well as the different relationships that could exist between them. The paradigm of complexity is presented in this essay with the purpose of supporting other interpretations of physical activity that are less simplifying, linear and causal and that can incorporate openness, incompleteness, uncertainty and transdisciplinarity. The theory of complexity represents a stimulating and potent contribution to the dynamic study of the health-disease process and the physical activity in this panorama.

KEYWORDS Health. Human body. Exercise.

RESUMO Compreender a relação entre corpo, saúde e movimento além do determinismo biológico e do paradigma biomédico vigente consistiria em considerar outras interpretações emergentes e que consideram a multiplicidade das inúmeras dimensões das quais a tríade pode ser composta, além das diferentes relações que poderiam existir entre si. O paradigma da complexidade é apresentado neste ensaio com o propósito de amparar outras interpretações da atividade física que sejam menos simplificadoras, lineares e causais e que possam incorporar a abertura, a incompletude, a incerteza e a transdisciplinidade. A teoria da complexidade representa uma estimulante e potente contribuição para o estudo dinâmico do processo saúde-doença e a questão da atividade física nesse panorama.

PALAVRAS-CHAVE Saúde. Corpo humano. Exercício.

Background

The body, movement and health: a triad of concepts that in addition to being interconnected and correlated, are open to various interpretations in relation to the paradigms and theoretical frameworks used to try to understand them. There is a universe of knowledge, discourses, and practices about movement and its relationship with health, each of which can be imagined as a fiber that is part of a larger fabric. This text aims to explore two different perspectives of these concepts: scientific thinking, which through its cartesian roots is capable of describing the specific characteristics of each fiber, and the paradigm of complexity, which shows us how the sum of these fibers can be larger than the fabric itself. Physical activity is the term commonly used to describe the body in movement and its contributions to health. It can be defined as any bodily movement produced by the skeletal muscles that results in energy expenditure above the base level^{1,2}, and is internationally recognized as important to health due to its acute and chronic effects on cardiorespiratory and musculoskeletal capacity, its psychological benefits, and its preventive potential in relation to the onset and control of certain illnesses, especially chronic noncommunicable diseases³.

If on the one hand there is a consensus on physical activity's potential for promoting and maintaining health, the causal link between physical activity and these benefits can often seem controversial or contradictory. In addition, it must be noted that the relation between the body in movement and health explores social determinants and dimensions beyond the physiological effects on the organism, and thus ends up highlighting the limitations of any bio deterministic and reductionist understanding. There is a lot of scientific research studying the effects of regular physical activity on prevention and promotion of health. Such studies, predominantly aimed at developing recommendations and guidelines^{4,5}, are largely focused on the biological, physiological and

biomechanical aspects of this phenomenon. Because of this specific approach, they are not able to account for the social, cultural and political dimensions that affect individual and community health, that are related to the movement of people and their practices, and the senses and meanings associated with them.

The concept of complexity used in this study refers to the search for a 'new paradigm' that aims to go beyond simplifying, disjunctive, and reductive thoughts that 'separate and isolate', to embrace a complex interpretation of physical activity as a phenomenon that 'distinguishes and unites'. As stated by Edgar Morin, one of the theorists behind this paradigm, the term complexity, far from being synonymous with complicatedness, is a problem word and not a solution word⁶.

The theory of complexity dealing with concepts like fuzziness, emergency and not-linearity, represents a stimulating and innovative contribution to study the complex dynamics that regulate the health-disease process and the health systems, in social science in health approach⁷.

Classical science has produced a fragmentation of the phenomena studied through the super-specialization and hierarchization of knowledge, which leaves the different disciplines increasingly incapable of communicating between them and distancing them from everything that can not be measured, reproduced or controlled⁸.

Throughout the twentieth century, a series of scientific discoveries and advances created a gap in the western scientific paradigm, revealing the need for a complex, open, transdisciplinary and multicultural approach⁸. Complexity, until now confined to the periphery of what is considered scientific, is becoming more of a central issue. Studies on chaos and complexity are becoming increasingly common in other scientific fields (such as biology, cybernetics, information theory, chemistry, economics, psychology, and sociology), leading to a progressive and irreversible crisis of reason, just as conceived by classical science.

According to Morin⁹, the challenge of interpreting reality through complexity arises

from the simple approach's failure to tackle increasingly multidisciplinary, cross-sectional, multidimensional, transnational and global problems such as health, for example, by organizing knowledge into separate, fragmented, compartmentalized disciplines. The so-called paradigm of complexity does not deny that simplification is needed for the scientific world to understand the objects that surround us, nor does it try to eliminate it. Rather, it aims to incorporate simplifying paradigms into a comprehensive vision, rejecting reductionism and holism, based on the awareness that any interpretation of reality that does not become damaging, reductive, or one-dimensional must deal with the principles of incompleteness and uncertainty⁶ that characterize all phenomena.

The sciences of complexity tell us that it is a mistake to concentrate too much heavily on one or few factors if you want understanding the health models and trends of a certain population. It also suggests, through the concept of emergency, that we must look at whole systems rather than subdivide them into components, as is often the case when research¹⁰.

The decision to use the term physical activity in this study, aware of its bio-reductionist connotation and in order to (re)approach it in the light of the paradigm of complexity, was a political choice, a provocation that aims to rescue the terminology and ideals that it carries. Despite its definition being merely mechanistic, physical activity is universally used and recognized (and not only in the academic field) to identify systematized bodily movement in all its forms, and it is associated with senses and meanings that relate to living and caring for the body and to individual and collective well-being¹¹.

The relationship between the body, movement and health cannot be restricted to a linear and causal logic in which the body becomes the object and not the subject of its own health, belonging to a world of relationships and interactions with other subject bodies and the environment.

This essay aims to present an initial reflection based on complexity theory about body,

movement and health and the limitations about this triad in the perspective of the biomedical model.

Methodological strategy

The present essay explores the methodological proposal of a science still under construction^{12,13}. In this sense, it is a partial and open review of the literature. The productions about the main subjects were selected by the authors to support the main arguments desired here. Therefore it incorporates uncertainty and it is not the target to undermine an issue and to close its perspective.

The difficulty of 'having to' adapt your own research in predetermined paths, based on the positivist model of classical science, exists also beyond the debate on the scientific legitimation of qualitative methodologies. It is not only about an attempt to legitimize the studies on the subjects, alive and unique, inside the rigid scientific objectivity, made of statistical and mathematical methods designed to eliminate this subjectivity. This is about the possibility to build a path that can meet the formal requirements and scientific applications that an academic work requires and, at the same time, to venture out in searching a complex paradigm that is able to operate, not in the logic of dichotomies, which distinguishes and separates, but in the field of inter-relationships and interconnections between natural and cultural, subjective and objective, certain and uncertain, complete and incomplete.

According to Minayo¹⁴, science has traditionally found its legitimacy in quantification, measurement and in production of data, with the claiming to be the driving force and criterion for the construction of the truth. However, even qualitative methodologies used by social scientists to study relations, history, representations, perceptions and interpretations of the subjects, in the scientific field, are

deeply marked by the reproduction of a classic positivist model, which tends to generalize and regulate this phenomenon.

How to contemplate the 'unscientific' into the science?

The method is the path to take to get to a certain place, to answer the questions that have made you start walking. With the reason as a guide and doubt as a compass, scientific thought has always tried to create truths based on objectification and disjunction of phenomena, fragmenting the whole into parts to be measured and analyzed. The scientific methodology seeks to build a one-dimensional vision, hierarchical and specialist, that enhances the regulations and standards.

The prospect of the complexity which this project works with, requires a strategic approach to the problem of the methodology.

The program it is the a priori determination of a sequence of actions having in view a target. [...] The strategy is established in view of a target as the program, it foreshadows action scenarios and chooses one, based on what he knows about that environment uncertain. Seeking tirelessly to bring together the information gathered with the fortuitous encountered on the way⁹.

The strategy will change depending on the information, situations and circumstances that meets along its journey. Once established the object of study, the actions that make up the methodological strategy will be at the service of this object and the questions that will arise during path, and not the opposite.

The purpose of investigating the relationship between body, health and movement in the light of the complexity paradigm, requires a certain openness to employ qualitative techniques and research tools, when you want to go exploring aspects relating to the history, the socio-political context and the meanings of this articulation, both in its specificity, as in its entirety. But always having in mind that quantity and quality are inseparable and interdependent.

Main arguments

The body-organism and the medicalization of physical activity

Regarding care for the body, and more specifically in relation to physical activity as a means of building a healthy body, there is a culture ingrained in society that focuses on the notions of risk and lifestyle. When health is understood as a condition that is directly affected by physical exercise through a dose-response correlation, a lack of movement becomes synonymous with illness, making the individual culpable for their own health and normalizing the notion of illness as a personal responsibility. Mira¹⁵ explains that although there are a large number of studies that would prove this cause-effect relationship between physical activity and health conditions, these studies make some problematic assumptions. Epidemiological studies that contribute to the construction of this causal link exclude other factors from analysis that, in addition to physical exercise, provoke physiological responses and adaptations by attributing the resulting effects exclusively to the activity. Assuming, therefore, that all these effects are considered healthy, such studies are based on a concept of health restricted to the organism, legitimizing the idea that the health of an individual or of a population can be determined by evaluating quantifiable physiological parameters.

This view has its roots in the cartesian school of thought and in the separation of the body-object-organism from the mind-subject-reason that distinguished the modernity and history of Western scientific thinking, the foundation of which is attributed to the philosopher René Descartes. However, as highlighted by Mendonça and Camargo¹⁶, Descartes cannot be considered properly 'cartesian' in that this term is related to the concepts of rationalism, determinism, mechanism and reductionism that characterize classical science. The french philosopher, aware

of the difference between the living body and the body designed by reason, in addressing the platonic-christian dualism of the soul and body, void of its religious and mythological components, wanted to build a world of objects, the *res extensa*. In this world, he placed the body and the bodily experiences through which it interacts with other body-objects. Freed of any bodily influence, with its unpredictable and uncontrollable feelings and instincts that prevent achievement of the true knowledge of things, the soul may well inhabit the *res cogitans*, where pure intellect and mathematical reason constitute subjectivity related to the world¹⁷.

With the development of rational scientific thinking, the body becomes an organism, the sum of the parts, an object among objects, insignificant and superfluous to understanding reality. Western scientific thinking takes the position that the truth can only be achieved through the functions of rationality and doubt. Empirical knowledge regarding discovery of the 'real world' through the body has lost its legitimacy to make room for *cogito ergo sum*¹⁸ – I think therefore I am. Beyond the deductive cartesian method and through positivist elimination of the subject, modernity saw science establish the mind-body dichotomy, in which biomedical reductionism and its focus on illness is anchored.

The body that medicine first teaches about in the world of science is a corpse, a dead body, studied through its organs, bones, muscles, and nerves. To understand its functions through clear and distinct laws, medicine had to reduce it to an organism, comparing it to a machine made up of measurable and classifiable components and functions that can be controlled, manipulated, fragmented and governed like any other object.

But the dissected, emptied, decaying corpse is not the body, it is a model that only a knowledge measured in terms of death can understand as the true reality of the body [...] anatomy and physiology are condemned to

not understanding anything about the body, because it is approached simply as a particular mode of death¹⁹.

This reduction led to medical practices focusing on and developing from the concept of illness as a morphological and functional state of an organism, a deviation from the anatomical and physiological 'normality' of the perfect machine, becoming abnormal, sick. In the same way that illness becomes understood as 'abnormal', the absence of illness becomes synonymous with health. There is no space for suffering, pain, pleasure and happiness in this vision of health and illness, which is limited solely to the organism and determined from physiological parameters, scientific evidence, and epidemiological data.

When translated to health, the statistical concept of normality has intrinsic characteristics regarding what is most frequent and the imposition of a social value that makes such 'normality' acceptable in a given society. In 'The Normal and the Pathological', George Canguilhem²⁰ tries to show that it is not possible to reduce the concept of health or the body to a purely biological concept. A body that lives with an illness, which suffers from it, is not a body-machine whose interactions with the environment can be calculated and reproduced. It is a 'subjective body', whose illness, far from being a transition from normal to abnormal, is the body's attempt to react to the disturbances of the environment, a new dimension of life.

The inability to consider aspects beyond the biological dimension of the health-illness process, as well as the need to deal with the complex problems of an increasingly globalized world, contributed to the crisis experienced by the biomedical paradigm and the beginning of a slow process of extending the concept of health, which is still ongoing.

The Lalonde Report, proposed in 1974 by the Canadian Health Ministry, represented a key point in the process of extending the concept of health and overcoming the 'state

of complete well-being' model proposed by the World Health Organization (WHO) in 1946, which placed health in a static and unattainable position, incapable of forming a dialogue with the complexity of the reality, despite accounting for a multifactorial approach that includes other dimensions beyond the physical (social and mental)^{21,22}. With the International Conference on Primary Health Care, held in the city of Alma Ata in 1978²³, and the International Conference on Health Promotion held in Ottawa²⁴, both organized by the WHO, international movements seeking to change the health paradigm began to emphasize aspects such as integrity, social equity, community participation, integration of health policies with other public policies, lifestyle, and health risks. However, despite intending to overcome the inequities and the preventative approach, aimed at reducing the risk of developing certain illnesses, the health promotion policies resulted in a number of interventions focused on changing and conditioning individual behaviors and habits by imposing healthy lifestyles, reproducing the health risk factors model. Within this context, the promotion of lifestyles ended up establishing a set of rules to be applied to bodies in order to distinguish the boundary between health and illness, what is healthy and what represents a risk, what is right and what is wrong.

In Michel Foucault's view²⁵, the institution of mechanisms for disciplining, regulating and controlling people's lives and behavior results in the creation of medicalized discourses and practices based on the same reductionist and normalizing logic as that of the biomedical model. In addition to medical practice and other health professionals, this model also includes policies regarding life in all its forms, imposing a model that centralizes and normalizes illness, reducing it to a perspective of cause and effect, placing culpability and responsibility for the illness on the individual.

Society's control of individuals does not simply operate in the consciousness or via an

ideology, but starts in the body, with the body. Capitalist society invested in the somatic, in the body, before anything else. The body is a biopolitical reality. Medicine is a biopolitical strategy²⁵.

Discourses on what is known as 'active life', related to movement and physical activity for maintaining health, fall under this approach by associating the body-object of medical science with a society that values and treats the individual as absolute within the biological dimension, producing mechanisms that medicalize physical activity that become a means of control directed at the interests of production and the market.

Having a body therefore means responding to a series of aesthetic and behavioral characteristics dictated by a plurality of statistical and moral rules. These rules focus on the submission of bodies to health imperatives, which guide each person's existence through different means (magazines, television programs, advertisements, medical information, informative campaigns, public health policies, etc.), transforming everyday health practices such as weight management, blood pressure measurement, regular physical activity, and eating and sex habits, among other things.

Active life-promotion campaigns and programs to promote healthy lifestyles aimed at reducing risk factors and preventing non-transmissible chronic diseases are often legitimized by lower healthcare costs in terms of minimizing hospitalizations, physician visits and medications and potential increasing the quality of life²⁶⁻²⁸. But into a situation of world economic crisis where it is necessary to hold the individual responsible for taking care of his own health to rid the State, and the health system, of that weight, it may hide a number of biopolitical control devices. These strategies run the risk of focusing their own intervention on the glorification of active life and the demonization of sedentarism, with the purpose of influencing life choices and directing them to certain behaviors²⁹.

Bodily movement in its various expressions now plays a very important role in self-care and everyday health practices within the context of promoting lifestyles. In addition to representing an instrument for improving the body itself and constructing identities and forms that seek social recognition, bodily movement serves as a moral device for separating acceptable and displayable bodies (healthy, healed, athletic, sporty, active, etc.) from those that are undesirable and imperfect (ill, overweight, sedentary, lazy, etc.). The governing of bodies is sustained by discourses on active living thanks to the biomedical model, which constructs truths about the body as reduced to an organism, and powers the neoliberal health promotion market using security and risk logic, imposing rules and limits on which bodies constitute 'active' members of society.

One of the challenges of complex paradigms is the need for openness to a variety of interpretations, many of which are uncertain or even chaotic, involving diverse knowledge.

The essay explores aspects of this approach and its contributions to an interpretation of the relation between body, movement and health closer to an emerging paradigm of science that goes beyond the classical and cartesian perspective³⁰⁻³³.

The body, health and movement beyond simplifications: the contribution of complex thinking

In his 'Letter to future generations', Ilya Prigogine, Nobel Prize winner for chemistry in 1977, described the emergency and need for the so-called 'new scientific spirit' that characterized the twentieth century, capable of overcoming the reductionist determinism and linear causality of the cartesian paradigm and embracing the concepts of chaos and unpredictability, which from the 1960s onward started becoming more prominent in the minds of scientists.

The entry of uncertainty onto the scientific landscape requires a reorganization of the

latter into a new, post-cartesian paradigm that no longer intends to exhaust knowledge and impose itself as the only true key to interpreting reality, but instead assumes its intrinsic complexity, integrating elements such as incompleteness, contradiction, simultaneity, non-linearity, disorder, and emergency. Such elements, incompatible with the cartesian science of the so-called simplifying paradigm⁶, are more than necessary to approach and interact with the multidimensional problems of the physical and sociocultural phenomena of our time, such as health and its association with the body in movement, in our case.

According to Maria Conceição de Almeida³⁴, moving on from the cartesian scientific model does not mean foregoing scientific rigor. On the contrary, she assumes its reformulation:

Faced with complex phenomena that is unequal, dynamic and largely unpredictable, rigor cannot be anything other than a way of identifying phenomena that is characterized by mutability and openness. From this perspective, the more dialogue with the various mutating dimensions of a phenomenon, the more rigorous the interpretation will be [...] We could say that rigor is more rigorous now because researchers face the challenge of having to more closely approach the unpredictable and partly indecipherable dynamics of the phenomena that they are studying³⁴.

The construction of a complex scientific paradigm is related to the attempt to unite the two worlds separate by modernity, scientific rationalism and empiricism phenomenal, 'body object' and 'body subject', without one excluding the other. Only then would we be able to distinguish between them without separating them and unite them without causing confusion⁶.

Recognizing the limitations and weaknesses of the biomedical model in relation to the discourses and practices that surround the movements, senses and meanings with which it is associated highlights the need

to find a multidimensional and non-reductive way of thinking about physical activity in health. The aim, therefore, is not to deny the potential benefit of physical activity on people's lives, but to relocate it from the medicalized dose-response logic to a model that takes into account the determinants, inequality and diversity that both individuals and health systems have to deal with.

In this part we are going to exercise, with the help of some examples, some of the possible connections with the dialogic, organizational recursion and holographic principles⁶, as well as their contributions to complex thinking regarding the relationship between body in movement and health, are addressed below. The study of the complexity related to physical activity and health is an incipient field in continuous construction. Moreover, the paradigm of complexity for its intrinsic and constituent features works with open, unfinished, and contemporary concepts, so the examples that will be reported below should not (and can not) be considered as applications of these principles to reality. These are approximations that in different contexts try to explore non-simplifying approaches and integrate different types of causality.

The dialogic principle: having or being a body?

Order and disorder are two enemies: one suppresses the other, but at the same time, in certain cases they collaborate and produce organization and complexity. The dialogic principle allows us to maintain the duality within the unity. It connects two terms that are at the same time complementary and antagonistic³⁶.

Duality as presented by this principle is no longer synonymous with separation, rather it is a means to achieving unity and returning the body to its original ambivalence. It was Maurice Merleau-Ponty who, from the phenomenological perspective, described human beings as 'bodily beings', shifting the focus from the cartesian view of 'having a body' to the preeminently bodily and existential dimension

of 'being a body' in the world³⁶. From this perspective, the body unites the complexity of feeling, thinking, gesturing, and expressing itself to overcome the modern dichotomy of the body as an organism, an object of scientific reason, and a sociocultural product, which still tries to achieve bodily unity directly within the experience of interacting with the 'real world'. No longer an object of the mind, where it is stuck within itself, but the body as itself.

The biological, social, cultural and symbolic dimensions of the body coexist, but not in a dichotomous and incompatible way. On the contrary, they represent the simultaneity of the one and the multiple. The body is eminently biological, but at the same time it is social, cultural, political, and part of a universe of unique languages for each cultural reality, with its notion of senses and meanings in relation to movement and health. The scientific view of the body as an object is (was, and will be) essential to understanding the physical and biological phenomena of our organism, but a complex vision of health must aim to integrate this view into its diversity and multiplicity.

One of the most effective attempts to undermine the concept of the body as a natural and biologically determined object, to embrace the idea of an individual as a result of a complex mechanism of embodiment, has been exercised by Gender Studies which have developed since the 1990s and in particular from Queer Theory³⁸. This perspective is engaged in the deconstruction of the sex/gender system, which means the whole of all those through which society tends to transform biological sexuality into practices and meanings, thus building up gender. The sex/gender system in this reading does not correspond to the dualism nature/culture, but goes beyond mere dichotomous opposition, trying to convert cultural factors into natural data³⁹.

This type of study shows clearly how when we talk about the body, it is impossible to draw a line between what is natural and what is culturally determined, as the plans become blurred and become more and more fuzzy.

Organizational recursion: does physical activity produce health, or does health encourage physical activity practice?

Organizational recursion is a process in which the products and effects are at the same time causes and producers of what they produce [...] We are simultaneously products and producers. The recursive principle is directly opposed to the linear idea of cause-effect, product-producer, structure-superstructure, stating that everything that is produced returns to what produced it in a self-constituting, self-organizing and self-producing cycle³⁶.

Modern epidemiology operates based on the notion of risk, often articulated by mathematical models and the cause-effect relationship, which links individual behavior to health conditions with no consideration of life history or social context. The correlation between systematic, regular physical exercise and health benefits and prevention of illness, scientifically recognized by a large number of epidemiological studies, is based on a probabilistic causal link.

This perspective can be simplified to the extent that it addresses only part of the problem. It connects physical fitness, achieved through regular exercise, to a reduction of illness or increased life expectancy.

For Morin, complex causality is expressed retroactively and recursively and it is not only deterministic or probabilistic, but also a creator of the 'improbable'³⁹. Such causality needs to be studied and expanded in order to explore the potential of the connection between physical activity and health in a way that is not simplified or biologically determined. Thus, returning to the previous question, physical activity can be considered both the producer and product of better health conditions, to the extent that it is determined both by the biological sphere and by a set of sociocultural senses and meanings with which it is associated.

Wiltshire, Fullagar, Stevinson⁴⁰ in a study of the 'Parkrun' experience, claim that the senses

of collective participation can somewhat lessen the effects of individual responsibility for health. They call attention to the various social issues that interfere, for example, in the process of an individual moving from inactive to physically active. The authors make a call for health promoters:

Consider how physical activity opportunities could recognise the value of collective contexts and understand how bodywork is performed and shaped through different social practices [...] becoming active is a necessarily complex process that involved not only invoking an individual will to health through mobilising discourses of discipline, guilt and rationality, but also through making available subject positions that individuals may have previously been excluded from⁴⁰.

This study, exploring the sociocultural context of embodied experiences of physical (in)activity and analyzing embodied experiences of parkrun, a free, community-based, 5 km running event in local parks, emphasizes the inability of the physical activity promotion interventions to effectively address complex problems in non-controlled conditions and to translate this interventions into real-world settings.

The holographic principle: when is physical activity a health practice?

Not only is the part in the whole, but the whole is in the part. The holographic principle is present in the biological world and in the sociological world [...] The idea, therefore, is that the hologram goes beyond both reductionism, which considers only the parts, and holism, which considers only the whole³⁵.

The problem with complexity in relation to the link between physical activity and the health-illness process becomes more evident when discussing public health policies, and biological determinism is rejected in favor of an 'extended' concept of health. With respect to extending the concept of health, this study

understands the process of complexifying the bio-reductionist and currently hegemonic view, which sees the health-illness process as limited solely to the organism itself, to consider it as an open system, capable of self-organizing itself, part of an ecosystem of physical, interpersonal, socioeconomic, market, and (bio)power relationships. Sabroza⁴¹ recognizes an articulated, complex system within the health-illness process, with different dimensions (biological, psychological, economic, social, cultural, individual, collective) that are arranged into different organizational levels (molecular, cellular, individual, social group, society, global). Depending on the position of the observer, such a process can thus be interpreted as cellular change, individual suffering, or a public health problem.

From this perspective, the concept of physical activity must be rethought in order to understand how and when it can be considered a health practice.

For Madel Luz⁴², when health starts to be considered as an absolute value, the society becomes a so-called 'health utopia'. In this sense, extending the concept could result in a holistic view that aims to escape from reductionism in order to incorporate a wide variety of everyday practices without distinctions, to the point that any activity (such as sport or recreational, aesthetic, or erotic activities) can be considered a health practice. The problem is that a complex view of health (as a whole, which is more than the sum of its parts) is confused with the medicalization of life dictated by the normalization of behavior and market interests, following a perfect ideal of permanent good health and well-being, based exclusively on the biological body. Defining health as a complex phenomenon means understanding health and illness in a non-exclusive way, as antagonistic and complementary at the same time. For Almeida Filho⁴³, understanding the health-illness object means reaching a full and complete understanding of its multiplicity within unity.

The Academia da Saúde Program, was

launched by the Brazilian Ministry of Health in 2011, with the main objective of contributing to the promotion of population health through the establishment of infrastructure, equipment and personnel qualified to guide practices physical activity and leisure and healthy lifestyles. Although the name '*academia*' (gym) refers to ideas based on common sense about physical activity⁴⁴ may be an example of how these approaches to a complex reading of the triad body, health, and movement are emerging in health promotion practices. By listing the axes of the activities that must be developed, the program refers to 'body practices and physical activities'⁴⁵, which assumes that there are two theoretical references that contemplate different elements as already mentioned above. When one takes into account the culture and ways of producing encounters in the planning and execution of health actions (and is not different with physical activity), it is also putting in the agenda the relations of people with the body movement and how it is health or illness in different contexts. The 'body practices' change in form, meaning and function, according to the transformations and characteristics of the socio-historical contexts in which they are inserted⁴⁶.

The methodological strategy, capable of explaining the complexity of health phenomena, is not limited to multiple views cohabiting or coexisting in a certain scientific field, but unity needs to be found in this vast, complex diversity of objects, outlooks and views⁴³.

Health and illness coexist as dynamic phenomena in people's lives and differ in their uniqueness and their ability to deal with the disturbances of their own realities.

Overcoming the reductionist biomedical model to (re)interpret the link between physical activity and the health-illness process within the complexity paradigm can help us to rethink the practices related to the body in movement within health systems, from a perspective not of healing, preventing, and

controlling, but of producing methods of care that can consider the other dimensions that compose the life of each subject.

Conclusions

The main intention of this text was to highlight the links between the body, movement and a wide perspective of concept of health with the perspective of complexity. We demonstrated how the term physical activity, despite being linked to a bio-reductionist view of human movement, recalls a number of senses and meanings related to the social and cultural dimensions and health policies that are ignored and devalued by this approach. We attempted to explore the possible ways that the complexity paradigm can help to understand and overcome such weaknesses.

The body in movement, detached from the scientific reductionism of the biomedical model, presents other possibilities for healthcare. Not linked by a unidirectional, linear causality, but by a recursive causality that needs to be studied and extended. We did not attempt to deny the beneficial effects of regular physical exercise on the body, but when we talk about public health promotion policy in a broad sense, we must be aware that the bio-reductionist view of physical activity only shows us a small glimpse of the many possibilities that systematized bodily movement provides as a healthcare practice.

Simplification of physical activity in public health, when reduced to a mere strategy for lowering cholesterol levels and controlling blood pressure and body weight, in addition to a total disinterest in its relationships and interrelationships with the environment and between people, reflects its interpretation as a medicalized element. It also leads to a widespread understanding of physical activity as a medicine that can be administered, prescribed and 'taken' in a passive and guided manner,

without taking into account the meanings, interests and requirements attributed to it.

As corporeal beings, the suffering caused by illness is experienced by and through the body, in the same way that it experiences happiness and pleasure. Physical activity is a producer of care in that it can account for the senses and meanings that people assign to this practice regarding their own health. The great challenge to understanding the body-movement-health triad beyond biological determinism lies in considering the multiplicity of the different dimensions of which it is composed, in addition to the relationship that these dimensions have with the organism and its illnesses. By adopting a view of health that does not intend to reduce and simplify, and is able to interact with the complexity of the living systems, it is possible to think of care practices involving physical activities that aim to promote health in a way that goes beyond the logic of imposed lifestyles, individual accountability and culpability, and normalization of the illness process.

In this paper, we have tried to show how these issues must be approached in the least simplifying and reductive way possible in order to appreciate the relationship between the body, movement, and health, abandoning the scientific illusion of an objective and complete universe to embrace the blurring of reality. Considering the body in its unity, using physical activity as a healthcare practice, it is impossible to determine it as purely biological or solely as a sociocultural product, because limiting its multiplicity and its duality within its unity damages its power in relation to the complexity of health.

Contributors

All authors contributed to the conception and planning, critical review of content and approval of the final version of the manuscript. ■

References

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985 Mar-Apr; 100(2):126-131.
2. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
3. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO; 2010.
4. Blair SN, LaMonte MJ, Nichaman MZ. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough. *Am J Clin Nutr.* 2004 May; 79(5):913-920.
5. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Aug; 39(8):1423-1434.
6. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2005.
7. Tenbensen T. Complexity in health and health care systems. *Soc Sci Med.* 2013; 93:181-184.
8. Almeida MD. Tecnociência e globalização. In: Almeida MD, Carvalho EA. Cultura e pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2012.
9. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.
10. Eckersley R. Beyond inequality: Acknowledging the complexity of social determinants of health. *Soc Sci Med.* 2015 Dec; 147:121-125.
11. Carvalho YM. As práticas corporais e a atenção primária em saúde: avaliando os cuidados com o corpo nas unidades básicas do distrito Butantã em São Paulo [projeto de pesquisa]. São Paulo: Fapesp; 2007.
12. Feyerabend PK. Against method: Outline of an anarchist theory of knowledge. London: NLB; 1978.
13. Latour B. Science in Action. Cambridge: Harvard University; 1987.
14. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
15. Mira CM. Exercício físico e saúde: da crítica prudente. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A. A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes; 2003. p. 33-51.
16. Mendonça AL, Camargo Júnior KR. Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública.* 2016 May; 32(5):1-9.
17. Galimberti U. Il corpo. Milão: Feltrinelli; 1987.
18. Descartes R. Discurso do Método. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
19. Galimberti U. Il corpo. Milão: Feltrinelli; 1987.
20. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
21. Caponi S. Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 1997 Oct; 4(2):287-307.
22. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; c2009 [accessed in 2018 Jan 5]. Available in: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>.
23. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [Geneva]: WHO; 1978.

24. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. [Geneva]: WHO; 1986.
25. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.
26. Andreyeva T, Sturm R. Physical activity and changes in health care costs in late middle age. *J Phys Act Health*. 2006 Feb; 3(supl.1):6-19.
27. Hagberg L. *Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care [tese]*. Sweden: Umea University; 2007.
28. Pratt M, Macera CA, Wang G. Higher direct medical costs associated with physical inactivity. *Phys Sportsmed*. 2000 Oct; 28(10):63-70.
29. Fraga AB. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas: Autores Associados; 2006.
30. Capra FA. *Teia da Vida*. São Paulo: Cultrix; 2010.
31. Feyerabend PK. *Adeus à razão*. São Paulo: Unesp; 2010.
32. Santos BS. *Um discurso sobre as Ciências*. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2010.
33. Rancière JO. *Mestre ignorante*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2015.
34. Almeida MD. *Complexidade, saberes científicos, saberes da tradição*. São Paulo: Livraria da Física; 2010.
35. Morin E, Lisboa E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina; 2005.
36. Maurice MP. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
37. Bulter J. *Gender trouble*. London: Routledge; 1990.
38. Virgili E. *Olimpiadi: l'imposizione di un sesso*. [Local desconhecido]: Mimesis; 2012.
39. Morin E. *O Método a natureza da natureza*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; 2005.
40. Wiltshire GR, Fullagar S, Stevinson C. Exploring parkrun as a social context for collective health practices: running with and against the moral imperatives of health responsabilisation. *Sociology of health & illness*. 2018 Jan; 40(1):3-17.
41. Sabroza PC. *Concepções de Saúde e Doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
42. Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2003.
43. Almeida Filho NA. *Saúde e o Paradigma da Complexidade*. In: *Ciclo de estudos sobre 'O Método' de Edgar Morin*. São Leopoldo: UniSinus; 2004. p. 1-47.
44. Gomes LB, Bueno AX. *A educação permanente no cotidiano do trabalho em saúde: reflexões iniciais sobre suas interfaces com o Programa Academia da Saúde*. In: *Gomes LB, Bezerra L. A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM N° 2.681, de 7 de novembro de 2013. *Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União. 7 Nov 2013.
46. González FJ. *Práticas corporais e o sistema único de saúde: desafios para a intervenção profissional. Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação*. In: *Gomes IM, Fraga AB, de Carvalho YA. Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.

Received on 22/08/2017
Approved on 21/05/2018
Conflict of interests: non-existent
Financial support: non-existent

O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica

User embracement as a surveillance strategy in health care production: an epistemological reflection

Tarciso Feijó da Silva¹, Helena Maria Scherlowski Leal David², Célia Pereira Caldas³, Elaine Lutz Martins⁴, Susana Reis Ferreira⁵

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5623-7475>
tarcisofejoo@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Departamento de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8002-6830>
helenaalmeidavid@gmail.com

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>
celpcaldas@gmail.com

⁴Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6596-6477>
elainelutzmartins@yahoo.com.br

⁵Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Departamento de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7375-2751>
susanareisferreira@yahoo.com.br

DOI: 10.1590/0103-110420185420

RESUMO Ensaio de reflexão epistemológica que considerou os sentidos sobre o acolhimento. Os objetivos consistiram em analisar os sentidos sobre o acolhimento em saúde e identificar sua relevância como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado na atenção primária. Na prática dos serviços de saúde, o acolhimento envolve relação e produção de saúde. Como instrumento de prática de vigilância em saúde, abarca não apenas a resolução de problemas, mas converge para um cuidado sistematizado e integralizado. Nesse sentido, considerar os significados e sentidos que ele contempla contribui para ressignificá-lo como ferramenta de vigilância em saúde, permitindo considerá-lo como uma estratégia de sustentação do paradigma vigente de produção social da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Assistência integral à saúde. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT *Essay of epistemological reflection that considered the senses of user embracement. The objectives were to analyze the meanings of health care, and to identify its relevance as a strategy of health surveillance for the production of care in primary care. In the practice of the health services, user embracement involves relation and production of health. As an instrument of health surveillance practice, it encompasses not only the resolution of problems, but converges to a systematized and integrated care. In this sense, considering the meanings and senses that it contemplates contributes to re-signifying it as a tool of health surveillance and allowing to consider it as a strategy to support the current paradigm of social production of health.*

KEYWORDS *User embracement. Primary Health Care. Comprehensive health care. Public health surveillance.*



Introdução

É na singeleza que reside o segredo de produzir saúde. Para fazer um gesto, dizer uma palavra, basta um. O fato pode ser produzido por uma tecnologia. Mas vale como o outro recebe o gesto, como responde ou corresponde à palavra, como o fato mobiliza sua sensibilidade e a sua ação. O saber se atualiza na interação entre as pessoas. Antes ou independente dessa interação ele é apenas virtualidade. Por esse motivo não é possível fazer saúde para o outro, tratar, curar o outro, mudar seus hábitos, integrá-lo. Saúde é uma co-produção – se trata, se cura e se aprende a cuidar com o outro¹.

Rubem Alves, no livro ‘Filosofia da ciência’, aponta ser relevante que o pesquisador compreenda as questões que envolvem o senso comum para melhor entendimento do que é a ciência. Para o autor, ela é uma metamorfose do senso comum, sendo este necessário para sua existência. Esclarece que é brincando com alguns problemas que se compreende o senso comum e que ser bom em ciência, como ser bom no senso comum, não é saber soluções e respostas já dadas. Estas podem muito bem ser encontradas em livros e receituários. Ser bom em ciência e no senso comum, por sua vez, é ser capaz de inventar soluções. De acordo com o teórico, a ciência, assim como o conhecimento de qualquer tipo, inicia-se quando uma pergunta é disparada, contribuindo para tornar relevante um pensamento que, dada a natureza da sua importância, estabelece uma conversa com a natureza ou com a sociedade².

Nessa perspectiva, ao considerar a gênese do termo acolhimento e as diferentes proposições que convergem para compreender sua relevância para a saúde, assim como as nuances qualitativas associadas a ele nas principais políticas normativas e estudos da área das ciências da saúde, duas questões surgiram: O acolhimento, no contexto das práticas dos serviços de saúde da atenção primária, alinhado

ao Paradigma de Produção Social da Saúde, não teria emergido em uma determinada época para responder às demandas por saúde sob uma perspectiva mais humanística e solidária?; e não poderia ser considerado como uma estratégia de vigilância para a produção do cuidado?

Alerta-se, a priori, que não se tem a intenção de buscar respostas para tais perguntas, antes, porém, pretende-se compartilhar as motivações que contribuíram para a construção deste pensamento. Estas, por sua vez, assentam-se na discussão que envolve os modelos de atenção em saúde, nas diferentes definições sobre o acolhimento e nas dimensões que o envolvem, assim como na relevância dele para a organização dos serviços de saúde, especificamente para os serviços da atenção primária.

Nesse contexto, os objetivos deste ensaio são analisar os sentidos sobre o acolhimento em saúde e identificar sua relevância como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado na atenção primária.

A relevância do paradigma

Os paradigmas, pelo senso comum, podem ser compreendidos como modelos que se tornam um padrão e que são impostos, ou seja, são imposições padronizadas. O ‘Dicionário Houaiss da língua portuguesa’ define paradigma como uma construção social que dita normas de comportamento que devem ser seguidas, independentemente de essas normas serem benéficas ou prejudiciais, e como um conceito das ciências e da epistemologia vinculado a exemplo, modelo de algo que deve ser seguido³.

Para a comunidade científica, paradigma é um modelo ou padrão que orienta a pesquisa. Ele impera sobre as mentes porque institui os conceitos soberanos e a relação lógica que governa, ocultamente, as concepções e as teorias científicas⁴.

Sabe-se que um paradigma são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de

praticantes de uma ciência⁵. São visões de mundo mais abrangentes que teorias, informam das entidades fundamentais da realidade e permitem identificar as entidades que compõem determinada ciência e dizem ao cientista o que procurar e o que esperar².

O paradigma ou matriz disciplinar, como também é chamado pelo teórico Gerard Fourez, é visto, ainda, como a estrutura mental, consciente ou não, que serve para classificar o mundo e poder abordá-lo sob a lente da filosofia da ciência⁶.

Para Kuhn, os paradigmas de uma determinada comunidade científica amadurecida podem ser determinados com relativa facilidade, e abandoná-los é deixar de praticar a ciência que este define⁵. Nesse sentido, um paradigma tem a capacidade de estabelecer uma ruptura com os projetos da vida cotidiana, permitindo eliminar uma série de questões que não são consideradas como pertinentes⁶.

A história da ciência, por exemplo, permite inferir como os atos de observar, medir e interpretar experiências foram radicalmente transformados em razão de diferentes mudanças paradigmáticas ocorridas⁵: a revolução copernicana empreendida por Galileu; a descoberta de Urano realizada por Herschel; a disputa entre Priestley e Lavoisier pela prioridade da descoberta do oxigênio e as mudanças conceituais introduzidas no ato de medir pela mecânica quântica estão entre estas mudanças paradigmáticas⁵.

No campo da saúde, a conotação do termo paradigma, no sentido de movimento ideológico, no entanto, corresponde a um

conjunto de noções, pressupostos e crenças, relativamente compartilhados por um determinado segmento de sujeitos sociais, que serve de referencial para a ação⁷⁽³⁰⁾.

As mudanças paradigmáticas na saúde

No século XIX, a situação da morbimortalidade em todo o mundo era caracterizada pela

predominância de doenças infecciosas sobre as demais. Nesse período, tomou corpo a ideia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social para patógenos concretos⁸.

Nesse sentido, entende-se que a doença teria uma causa única, com um germe originando cada etiologia. Por consequência, saúde era compreendida tão somente como ausência de doença, isto é, ausência de um agravo causado por um germe⁸. O modelo prevalente na maioria dos países capitalistas estruturava-se na visão negativa de saúde vinculando-o à doença e à morte.

Por essa perspectiva, a saúde era percebida apenas como ausência de doença, ganhando dimensão social por meio da visão capitalista emergente. A organização dos serviços começou a ser medicamente definida, passando a ter como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativos reabilitatórios acessíveis⁹.

Esse novo modo de entender a doença exigiu um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, já que não estava preparado para responder às novas evidências e ideias. Entre vários projetos de reformulação do ensino médico que emergiram nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, o da Fundação Carnegie obteve êxito e repercussão internacional. Em 1910, a referida Fundação convidou o educador Abraham Flexner, diretor de uma escola secundária de Kentucky, a realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses. O documento, elaborado após o estudo realizado por Abraham Flexner, ficou conhecido como 'Relatório Flexner' e reforçava o ideário hegemônico da medicina no campo da saúde¹⁰.

O paradigma flexneriano emergiu a partir desse relatório, sistematizando o ensino e a prática médica, estruturando respostas ao problema das doenças, ou seja, a política sanitária de atenção médica e um conjunto de elementos, tais como: 'individualismo', 'mecanicismo' e 'especialismo'¹⁰. Estruturou-se, dessa forma, como resposta para os problemas de saúde:

a atenção médica e de outros profissionais (dentistas, enfermeiro etc.), medicamentos, exames, equipamentos, entre outros. O fazer saúde passou a ser entendido como oferta de serviços de saúde, desconsiderando outros aspectos fundamentais¹¹.

Se, por um lado – para o bem –, o paradigma flexneriano permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – do paradigma flexneriano foi a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Contudo, ao focar toda a sua atenção nesse aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. O paradigma flexneriano, dessa forma, ficou caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos, pelo foco da atenção sobre a doença e sobre o indivíduo, pelo culto à doença, e não à saúde, e pela devoção à tecnologia¹².

No Reino Unido, em 1920, Bertrand Dawson elaborava outro relatório que criticava em vários aspectos o Relatório Flexner. Este tinha como propostas uma reorganização dos serviços de saúde, a partir de profissionais generalistas que seriam responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas, com serviços organizados local e regionalmente, por níveis de atenção¹³.

Dawson acreditava que o Estado deveria organizar um sistema de saúde para toda a população. Propôs, pela primeira vez, o esquema conhecido como rede de atenção em saúde, apresentando entre outros os conceitos de: território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo/acolhimento, referência e atenção primária como coordenadora do cuidado¹⁴.

As concepções do documento proposto por

Dawson influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico que, por sua vez, passou a ser modelo para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. É importante reiterar que as concepções formuladas por Dawson apontavam para fragilidades no paradigma flexneriano¹⁵.

No Brasil, a atenção à saúde tem sido historicamente marcada pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios estes definidos a partir do paradigma flexneriano. A ruptura desse paradigma veio com o ordenamento jurídico-institucional de criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o paradigma flexneriano não respondia aos problemas de organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população¹⁶.

Com a proposta SUS, além de princípios de organização do sistema (descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), foram definidos os princípios doutrinários de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; de integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e de participação da comunidade¹⁷.

A construção social de um novo sistema de saúde implicou um processo que exigiu mudanças na concepção do processo saúde-doença. O sentido da mudança foi de uma concepção negativa de saúde para uma concepção positiva de saúde. Esse processo de mudança contribuiu para a concepção de um novo paradigma que ficou conhecido como Paradigma de Produção Social da Saúde. A prática sanitária, nesse contexto de mudança paradigmática da atenção médica, voltou-se para a vigilância em saúde¹⁸.

A partir desse novo paradigma, a saúde passou a ser vista como um conceito positivo na medida em que enfatizou os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas de cada indivíduo¹⁹. O conceito positivo de saúde é caracterizado como a capacidade de ter uma vida satisfatória e proveitosa, confirmada geralmente pela percepção do bem-estar geral²⁰. A saúde, a partir dessa nova lógica, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, indo além de um estilo de vida saudável na direção de um bem-estar global¹⁹.

Segundo o Paradigma de Produção Social da Saúde, salvo a natureza intocada, tudo que existe é produto da ação humana na sociedade, a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais. Uma sociedade poderá, pela sua produção social, acumular saúde ou produzir socialmente enfermidades⁸. O estado de saúde, assim, é um processo que está em permanente transformação e que deve ser entendido como um campo de conhecimento interdisciplinar, assistido na ótica da intersetorialidade, em coerência com o conceito de saúde como expressão da qualidade de vida¹⁸.

Outros autores²¹ discorrem sobre os princípios que orientam o Paradigma de Produção Social da Saúde. Segundo os autores: o corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar; saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico, estando codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação; o estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas; a etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial; a melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, realizadas por uma equipe multiprofissional; saúde não é patrimônio ou responsabilidade exclusiva de um grupo de

uma especialidade profissional, dessa forma, a investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente vinculados às especialidades médicas.

O Paradigma de Produção Social da Saúde orientado pela vigilância em saúde assume a responsabilidade de reconstruir as práticas de saúde para dar conta da globalidade do processo saúde-doença. A vigilância em saúde, assim, deve orientar a reformulação das práticas assistenciais e coletivas¹⁸, devendo estar implicada com as diferentes dimensões que envolvem o processo saúde-doença, tais como: as necessidades sociais de saúde, a atuação com enfoque em grupos de risco, a gestão da agenda para atendimento de demandas programadas e espontâneas e a articulação das atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação²².

Na prática da vigilância em saúde, destaca-se a relevância do princípio da territorialidade para identificação das prioridades, assim como da utilização adequada dos diferentes recursos existentes para atendimento das necessidades de saúde da população. O indivíduo é o objetivo final da vigilância em saúde, mas deve ser considerado no contexto da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre esse conjunto. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece²³.

Acolhimento: significados, sentidos e possibilidades

Em linhas gerais, poder-se-ia dizer que o acolhimento está presente em todas as relações e encontros que são feitos na vida, mesmo quando se está pouco implicado e envolvido com as relações e com os encontros²⁴. Acolher, nos serviços de saúde, significa admitir antes de tudo uma maneira diferente de viver, ou seja, a atitude dos profissionais pode ser a porta de entrada ou de saída dos serviços de saúde¹.

O debate que envolve o termo acolhimento a partir do advento da Política Nacional de Humanização (PNH) ganhou nuances qualitativas nas diferentes políticas prescritivas e em outras referências. Os significados atribuídos à palavra ora são convergentes, ora são distintos. Para a PNH, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. De acordo com a política, a partir da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários às tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde²⁵.

Com a PNH, o acolhimento passou a ser considerado como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política. Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção da própria humanidade; e política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste 'estar com', potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros²⁴.

O acolhimento pressupõe uma dupla dimensão, pois se de um lado é visto como uma etapa do processo de trabalho, realizado em serviços concretos – em particular no momento da recepção desses serviços –, que estabelece o modo como o serviço faz o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento no qual o usuário se reconhece como cliente do serviço e o serviço

o reconhece como um usuário com direitos em relação ao serviço realizado, criando suas barreiras e mecanismos de acesso; por outro lado é também visto como uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorre em todos os lugares em que se constituem os encontros entre trabalhador e usuários²⁶.

Nessa lógica, Franco e colaboradores veem o acolhimento como uma proposta para inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, tendo como base o atendimento de todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acesso universal, reorganização do processo de trabalho com deslocamento das ações do médico para a equipe multiprofissional e qualificação da relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros humanitários que envolvem solidariedade e cidadania²⁷.

O acolhimento apresenta-se como uma estratégia fundamental para a qualificação em uma perspectiva de promoção da 'mudança' no processo de trabalho, na reestruturação dos serviços de saúde voltados para a integralidade, a humanização, a equidade e a resolutividade da atenção²⁸ e como modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde²⁹.

Constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Diferencia-se de triagem, uma vez que esta última se refere a uma filtragem de quem pode e de quem não pode ser atendido, baseada no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as necessidades dos usuários. Acolher, para além, é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele³⁰.

O acolhimento é visto como uma das formas de concretizar a humanização das práticas de saúde, não devendo restringir-se somente à escuta, mas avançar para além da fala/expresão verbal; é compreendido como um conjunto

de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garanta credibilidade e consideração e pressupõe respeito e solidariedade³¹. Ele emerge como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde e que não estão contempladas nesses critérios. Nessa perspectiva, o acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas³².

O acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, em um certo posicionamento ético situacional³². É um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos³³. Expressa-se na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os (as) usuários (as), mediante atitudes profissionais humanizadoras, que compreendem iniciativas tais como as de: (I) apresentar-se; (II) chamar os (as) usuários(as) pelo nome; (III) prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; (IV) escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas; (V) garantir a privacidade e a confidencialidade das informações; e (VI) incentivar a presença do (a) acompanhante, entre outras iniciativas semelhantes. De igual forma, o acolhimento também se mostra: (I) na reorganização do processo de trabalho; (II) na relação dos trabalhadores com os modos de cuidar; (III) na postura profissional; e (IV) no vínculo, o que facilita, assim, o acesso aos serviços de saúde³⁴. O acolhimento, dessa forma, é compreendido como um recurso, transversal a todas as práticas de saúde³⁵.

Atualmente, o acolhimento vem rompendo com a lógica de organização das unidades de saúde e tem-se configurado na prática dos serviços como um dispositivo para orientação do acesso, priorização de riscos e gestão das agendas de atendimento. Pode ser considerado potente instrumento para prática de vigilância em saúde, desde que tenha um processo sistematizado com foco não somente voltado para resolução de problemas agudos, mas para práticas de cuidados sistematizadas que considerem fatores de risco, vulnerabilidades e possibilidades terapêuticas.

Nesse sentido, poder-se-ia pressupor o acolhimento como uma estratégia de vigilância para produção do cuidado ao considerar não os significados que ele contempla, mas os sentidos que os profissionais e usuários têm reservado ao mesmo no contexto das unidades de saúde. O movimento pela inclusão dos diferentes atores sociais em uma atuação colaborativa que permita a “construção permanente e solidária de laços de cidadania”³⁶⁽⁹⁾ expressa um dos mais importantes sentidos do acolhimento.

Estes podem ainda ser expressos pela tomada de decisão dos profissionais em procurar respostas para os problemas dos usuários a partir de fluxos assistenciais que não contemplam todas as demandas da saúde, desenvolvimento de estratégias que conduzam a processos de busca ativa a partir do primeiro contato, adoção de nova configuração do trabalho na perspectiva da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e envolvimento dos usuários, política institucional de construção de redes com projeções intersetoriais, e, principalmente, pelo contato com os usuários permeado pela iniciativa, interesse, envolvimento e empatia. Enquanto projeto de democratização das estruturas de poder e de humanização da assistência à saúde, centrado na primazia da experiência e da sensibilidade. Neste sentido, é importante que o acolhimento assuma o cuidado como uma competência estabelecida e prescrita³⁷.

Justificativas para repensar o acolhimento como estratégia de vigilância para a produção do cuidado

O acolhimento tem-se apresentado nas práticas dos serviços de saúde como 'modelo de ajuda', em que inclui o atender, o responder, o personalizar, o orientar, o envolver-se, o explorar, o compreender e o agir³⁸. Pautado na disponibilidade, na aceitação, na empatia, no diálogo, na cordialidade e na presteza, o acolhimento tem-se configurado como produtor de tranquilidade e segurança para o usuário. Pressupõe a escuta sensível e tensiona aproximação e vinculação observando o significado multidimensional da experiência vivenciada pelos usuários³⁹.

Como ferramenta para o processo de educação em saúde, o acolhimento tem-se revelado uma prática de educação solidária e emancipatória, no sentido do exercício e da construção da cidadania, pela escuta e troca de saberes entre conhecimento técnico e popular⁴⁰. Enquanto uma combinação de ações dialógicas, atitudinais e organizativas das práticas de atenção nos centros de saúde, o acolhimento aponta para o desafio cotidiano da alteridade e contribui tanto para melhoria das práticas do cuidado quanto para a legitimação do sistema público de saúde^{41,42}.

Esse exercício de alteridade é mediado pelo encontro e vai além do processo de reconhecimento e de suas diferenças, singularidades e saberes, antes propõe e desafia a considerar a lógica do outro, o seu 'ponto de vista' e a legitimar o seu conhecimento e as suas necessidades e demandas de saúde. Além disso, desafia a integrar a voz do outro nos processos de escolha e decisão no cotidiano das práticas de cuidado⁴²⁻⁴⁴.

Diante disso, percebe-se a necessidade de superar o reducionismo biológico, a partir da escuta, da conversa qualificada e compreensão das necessidades de saúde para além do explícito fisicamente, com o propósito de responder adequadamente de forma integrada e integral, fortalecendo também as ações de prevenção³⁸.

Nessa perspectiva, o acolhimento não é uma prática isolada, mas um conjunto de práticas que se traduz em atitudes que as pessoas tomam nas interações que se estabelecem no ambiente dos serviços de saúde. A postura adotada pelos profissionais de saúde no acolhimento representa a postura do próprio serviço de saúde, que como ente se constitui⁴⁵.

O acolhimento, no contexto das práticas de vigilância em saúde, é visto como um processo que envolve relação e produção de saúde. Nesse sentido, a relação entre os cidadãos trabalhadores de saúde e os cidadãos que buscam atendimento não deve ser uma interação mecânica entre os usuários e agentes, antes deve se constituir em um relacionamento de troca, participação e coprodução. Para isso, há necessidade de mudança de percepção no que diz respeito ao sentir dos profissionais de saúde, o qual tende a ser desagregador, separador e disjuntor. É necessário compreender bem a extensão e a profundidade da ideia de relação, junção, participação, assim como a ideia que se tem do lugar que o outro ocupa no contexto das práticas que são produzidas. Nessa ótica, o acolhimento como processo requer a simultaneidade de várias atividades, e a primeira delas perpassa pela mudança no modo de sentir dos profissionais de saúde, o qual deve se aproximar da cultura humanística. Esta pressupõe considerar que há momentos na vida em que se precisa medir, pesar e contar. E há, também, momentos em que é preciso levar em conta os sentimentos, as emoções, a subjetividade e a intuição¹.

O acolhimento associa, na forma exata, o discurso da inclusão social, da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até à constituição de dispositivos autoanalíticos e autogestionários, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão das unidades de saúde. O resultado esperado é a inversão do paradigma tecnoassistencial²⁷. Ele analiticamente pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os

usuários (portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com 'o quê' os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si²⁷.

Assim, o que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação que envolve o acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no tempo presente, de mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos de sujeito que se propõem à construção do novo, a fazer no agora aquilo que é o objetivo no futuro²⁷.

Considerações finais

No paradigma flexneriano, o atendimento em saúde tende a ser vinculado ao conceito negativo de saúde, e a produção do cuidado tem como foco a doença e a cura. O acolhimento, nesse mesmo contexto e paradigma, também pode ser considerado como atividade meramente receptiva, isolada e pontual que não envolve vigilância e ações capazes de promover produção do cuidado de forma longitudinal.

Com as mudanças políticas, o contexto social e a construção de um novo sistema de saúde, o paradigma vigente deixou de responder a todas as demandas por saúde, entrando em crise, o que abriu espaço para uma nova perspectiva de análise do contexto social e do

cuidado em saúde, possibilitando o surgimento do Paradigma de Produção Social da Saúde. Este analisa o processo saúde-doença com uma abordagem positiva, pautada nas necessidades sociais de saúde, por meio de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

Com o advento da PNH, o acolhimento revelou-se como uma diretriz, e diferentes concepções sobre o termo passaram a ser adotadas nas diferentes normativas do Ministério da Saúde e nas pesquisas científicas. As múltiplas concepções sobre o acolhimento convergiram, no contexto do Paradigma de Produção Social da Saúde, para torná-lo potente no cotidiano das práticas de serviços de saúde.

No Paradigma de Produção Social da Saúde, o acolhimento é atravessado por diferentes significados e sentidos que convergem para que ele seja considerado como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado, pressupondo que seja orientado pela integralidade, pelo conceito positivo de saúde e práticas assistenciais e coletivas de promoção, prevenção, reabilitação e cura.

Nessa ótica, a partir desta reflexão teórica e epistemológica, considera-se necessária a realização de novas pesquisas com vistas a aprofundar a temática sobre o acolhimento, visando identificar nas práticas dos serviços de saúde que sentidos ele tem para os profissionais, se estes compreendem sua relevância como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado e para manutenção do Paradigma da Produção Social da Saúde. ■

Referências

- Zauhy C, Mariotti H. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2002.
- Alves R. Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras. Brasília, DF: Brasiliense; 1981.
- Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa: com a nova ortografia da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
- Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
- Kuhn TS. A teoria das revoluções científicas. 5. ed. São Paulo: Perspectiva; 1962.
- Fourez G. A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 1995.
- Paim JS, Almeida-Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
- Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estudos Avançados [internet]. 1999 [acesso em 2017 jan 15]; 13(5):71-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007.
- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União. 19 fev 2002.
- Santos C, Davi J, Martiniano MS, et al. Novo (?) modelo assistencial de saúde. Rev. Pol. Públ. [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 21]; 12(1):73-81. Disponível em: www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=158.
- Mendes EV. Mesa redonda: saúde e qualidade de vida. Espaço. Saúde. 1995; 4(4):19-22.
- Pagliosa FL, Ros MA. The flexner report: for good and for bad. Rev. Bras. Educ. Méd. [internet]. 2008 [acesso em 2017 maio 20]; 32(4):492-499. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012.
- Coelho IB. As propostas de modelos alternativos em saúde. 2006 [acesso em 2017 jun 12]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2147.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, DC: PAHO/OMS; 1964.
- Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc. [internet]. 2011 [acesso em 2016 dez 15]; 20(4):867-874. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories. Interface [internet]. 2004 [acesso em 2016 dez 15]; 9(16):53-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100005.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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. 19 Set 1990.
- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde: as Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
20. Nahas MV. Atividade Física, Saúde e Qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed. rev. atual. Londrina: Midiograf; 2010.
21. Belloch A, Olabarria B. El modelo biopsicosocial: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. Ver. Clin. Salud [internet]. 1993 [acesso em 2017 jul2]; 4(2):181-190. Disponível em: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1993/vol2/arti8.htm>.
22. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2007.
23. Campos CEA. Vigilância da saúde no espaço de práticas do PSF. [acesso em 2017 jun 20]. Disponível em: http://www.apmfc.org.br/images/artigos/vigilancia_saude.pdf.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
25. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
26. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
27. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 1999 [acesso em 2017 maio 16]; (15):345-353. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci_abstract&tlng=pt.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
36. 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, DF: Ministério da Saúde; 2004.
37. Speroni AV, Menezes RA. Os sentidos do acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. Cad. Saúde Coletiva. [internet]. 2014 [acesso em 2017 maio 27]; 22(4):380-385. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414->

- 462X2014000400380&script=sci_abstract&tlng=pt.
38. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2000 [acesso em 2016 nov 26]; 8(4):30-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169200000400005&script=sci_abstract&tlng=pt.
 39. Pelisoli C, Sacco AM, Barbosa ET, et al. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estud. Psicol.* [internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 15]; 31(2):225-235. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2014000200008&script=sci_abstract&tlng=pt.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
 41. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2005.
 42. Scholze AS, Duarte Junior CF, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção básica à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface* [internet]. 2009 [acesso em 2017 fev 23]; 13(31):303-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006.
 43. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface* [internet]. 2009 [acesso em 2017 jun 20]; 31(13):315-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400007.
 44. Santos M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: USP; 2002.
 45. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface* [internet]. 2005 [acesso em 2017 maio 18]; 9(17):287-302. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200006&script=sci_abstract.

Recebido em 25/09/2017

Aprovado em 09/03/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Salutogênese-Camponês a Camponês: uma metodologia para promoção da saúde de populações expostas a agrotóxicos

Salutogenesis-Peasant-to-Peasant: a methodology for health promotion of populations exposed to pesticides

Pedro Henrique Barbosa de Abreu¹, Herling Gregorio Aguilar Alonzo²

DOI: 10.1590/0103-110420185421

RESUMO O estudo teve por objetivo apresentar experiência de metodologia para a promoção da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Trata-se de um relato de experiência metodológica desenvolvida com camponeses de Lavras (MG), por meio de pesquisa-ação, entre maio e setembro de 2017. Estruturada pelas bases teórico-práticas do paradigma da Salutogênese e da metodologia social de disseminação da agroecologia Camponês a Camponês, a metodologia proposta permite o desenvolvimento do Senso de Coerência dos camponeses e a disponibilização dos recursos agroecológicos presentes nas comunidades rurais, apresentando-se como ferramenta para ações e pesquisas em contextos semelhantes em outras localidades do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Desenvolvimento da comunidade. Agricultura sustentável. Produção de alimentos. Agroquímicos.

ABSTRACT *The study aimed to present an experience of methodology for Health Promotion of populations exposed to pesticides. This is a methodological experience report carried out with peasants from Lavras (MG), Brazil, through action-research, between May and September 2017. Structured by the theoretical and practical basis of the Salutogenesis paradigm and the social methodology of Peasant-to-Peasant of dissemination of agroecology, the methodology proposed permits the development of the Sense of Coherence of the peasants and the availability of the agroecological resources present in the rural communities, introducing itself as a tool for actions and researches in similar contexts in other Brazilian localities.*

KEYWORDS *Health promotion. Community development. Sustainable agriculture. Food production. Agrochemicals.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil.
pedro_hba@yahoo.com.br

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil.
alonzo@fcm.unicamp.br



Introdução

Considerada o “marco fundador do movimento da promoção da saúde no mundo”¹⁽¹²⁾, a Carta de Ottawa², constructo da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, apresentou o conceito para um novo campo de conhecimento e prática em saúde. Buss³, ao analisar o conteúdo e o desenvolvimento desse conceito, afirma que a promoção da saúde e a prevenção da saúde (com seus métodos que buscam evitar as doenças como forma de garantir a saúde individual e populacional) são complementares, porém

o enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo de saúde-doença, e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde³⁽³⁷⁾.

Segundo este mesmo autor, “os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde”³⁽³⁰⁾.

Sendo, nesse sentido, o modelo de produção de alimentos um fator determinante para a saúde de famílias e comunidades camponesas e sendo os agrotóxicos invariavelmente danosos à saúde humana e ao meio ambiente⁴⁻⁷, não há outro caminho viável para a promoção da saúde no campo que não o desenvolvimento de um processo social que permita a compreensão e a superação da lógica dominante do modelo de agricultura baseado na utilização de insumos químicos industriais. Assim, a formulação de uma estrutura metodológica para a transição para modelos de produção de base ecológica e sua implementação como um processo social que promova a autonomia e a saúde de populações camponesas expostas à agrotóxicos⁸⁻¹⁰ exigem a utilização de base teórico-prática que fundamente o desenvolvimento dos conceitos da promoção da saúde e que busque, tendo os próprios camponeses como protagonistas desse processo, focar os

esforços de ação e pesquisa para a identificação, disponibilização e operacionalização dos fatores presentes nas comunidades e famílias camponesas que, de fato, promovam saúde.

Dessa forma, o presente estudo apresenta um relato de experiência de metodologia em que foram associadas as bases teóricas da Salutogênese¹¹⁻¹³ e as bases teórico-práticas da metodologia Camponês a Camponês (CaC)¹⁴⁻¹⁶ de disseminação horizontal da agroecologia, sendo a primeira identificada como paradigma de promoção da saúde que busca levantar, tornar cognoscível e disponibilizar as práticas, conhecimentos e características positivas de uma determinada população e localidade e a segunda, como metodologia social que permite a construção de processos capazes de promover a transição agroecológica em diferentes escalas por meio de princípios e métodos que desenvolvem os intercâmbios de conhecimentos e práticas e o apoio mútuo entre camponeses.

Essa estrutura metodológica, que compõe parte dos trabalhos de campo de tese de doutoramento em desenvolvimento pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), vem permitindo a operacionalização de um processo social (gradual e contínuo) de promoção da saúde de camponeses do município de Lavras (MG) e se apresenta como potencialmente exequível e exitosa para desenvolver e implementar estratégias semelhantes de promoção da saúde em outras localidades onde haja contextos de populações camponesas expostas a agrotóxicos.

Referencial teórico-prático

Salutogênese

Aaron Antonovsky¹¹ desenvolveu os conceitos da Salutogênese ao realizar estudos com mulheres que haviam sido submetidas às condições degradantes dos campos de concentração nazista e ao identificar que, apesar de terem

vivido situações semelhantes de estresse físico e psicológico, algumas se mantinham saudáveis e outras não^{11,13,17}. A maneira como cada uma das inúmeras experiências vivenciadas ao longo da vida (sejam elas negativas ou positivas) é vista/interpretada por cada pessoa seria, segundo o autor, capaz de afetar a forma de lidar com a tensão e o estresse e também de influir na percepção e utilização de recursos (experiências) próprios para lidar, interpretar e até mesmo beneficiar seu estado saúde^{11,12}.

Para Antonovsky^{11,12}, então, as práticas, conhecimentos e características positivas desenvolvidas e acumuladas a partir de cada experiência de vida (recursos de saúde) passam a ser, segundo o modelo Salutogênico de promoção da saúde, o embasamento subjetivo e as ferramentas utilizadas pelas pessoas e suas comunidades no processo contínuo de melhora de suas condições de vida e saúde. Qualidades cognitivas, comportamentais e motivacionais são geradas a partir da identificação e apropriação dos recursos de saúde presentes em cada pessoa e em sua comunidade, e estas qualidades, descritas, respectivamente, como sentido de compreensão (entendimento do contexto em que vivem), sentido de manejo (crença de que dispõe e podem utilizar seus próprios recursos) e sentido de significado (motivação para mudar para melhor seu contexto utilizando seus próprios recursos), ao serem fortalecidas, retroalimentam a capacidade das pessoas de identificar e de se apropriar de novos recursos presentes em seu ser e em sua comunidade. O conjunto desses sentidos é chamado pelo autor de Senso de Coerência (SOC)¹¹⁻¹³.

Em consonância com o paradigma da Salutogênese, portanto, a promoção da saúde em qualquer comunidade, independentemente de seu contexto de carências, debilidades e injustiças, apenas será resolutive e de fato empoderadora caso os esforços de ação e pesquisa sejam direcionados para a identificação, a disponibilização e a utilização dos recursos de saúde ali existentes¹¹⁻¹³.

No entanto, devido à morte de Aaron Antonovsky (1923-1994) antes de estruturar

métodos de desenvolvimento e aplicação dos sentidos de compreensão, manejo e significado e ao persistente foco de pesquisadores subsequentes em trabalhar quase que exclusivamente com a aplicação do Questionário SOC (ferramenta desenvolvida por Antonovsky para medir o SOC individual)¹¹ para quantificar tais sentidos em algum contexto específico^{18,19}, a Salutogênese ainda carece de um componente prático que forneça instrumentos que permitam a operacionalização da promoção, do fortalecimento, da consolidação e da aplicação das qualidades e recursos pessoais e comunitários que viabilizem esse paradigma sanitário.

Nesse sentido, para o desenvolvimento de um processo salutogênico de promoção da saúde em comunidades camponesas expostas a agrotóxicos, torna-se fundamental a busca e utilização de métodos que permitam operacionalizar a visibilização das experiências agroecológicas disponíveis em propriedades e comunidades camponesas e, conseqüentemente, motivar e empoderar os camponeses para a utilização e o intercâmbio horizontal de conhecimentos e inovações agroecológicas. Assim, a Salutogênese encontra na metodologia social CaC os instrumentos e ferramentas sociais necessários para desenvolver, na prática, todo seu potencial transformador.

Camponês a Camponês

Tendo seus primeiros passos na América Latina sido dados, a partir de 1972, na Guatemala, a metodologia social CaC percorreu, entre as décadas de 1970 e 1990, diferentes caminhos, organizações e escalas nos campos do México, Honduras e Nicarágua^{15,20}. Todavia, é em Cuba onde, desde sua implementação em 1997, o CaC vem obtendo seus resultados mais expressivos na conversão agroecológica e na sua disseminação. Em apenas 20 anos desde a implementação dessa metodologia pela Associação Nacional dos Pequenos Agricultores (Anap), o CaC possibilitou que 50,0% dos camponeses e camponesas cubanas passassem a produzir os alimentos que consomem e comercializam de

maneira equilibrada com o ecossistema local e sem a necessidade de utilização de produtos nocivos à saúde e ao ambiente^{14,20}.

Conceitualmente, a construção de processos sociais de disseminação da agroecologia por meio da metodologia CaC se dá mediante a identificação e compartilhamento de saberes,

conhecimentos e técnicas agroecológicas entre os próprios camponeses, sendo essa identificação e esse compartilhamento viabilizados pela organização social entre as famílias das comunidades rurais de um território. Cinco princípios fundamentais guiam esse processo de disseminação (*quadro 1*):

Quadro 1. Princípios que guiam a metodologia Camponês a Camponês

Princípio 1	Começar devagar e em pequena escala	Este princípio facilita a avaliação, a reflexão e a retificação de erros, assim como diminui a magnitude dos possíveis riscos
Princípio 2	Limitar a introdução de tecnologias	Não é necessário introduzir muitas técnicas agroecológicas ao mesmo tempo. É mais rápido dominar uma a uma as inovações, consolidando-as e integrando-as pouco a pouco. Deve-se começar por aquelas técnicas que enfrentam e resolvem os maiores problemas produtivos e que, ao mesmo tempo, têm os menores custos iniciais, são fáceis de realizar e levam de maneira mais rápida a um resultado
Princípio 3	Obter êxito rápido e identificável	O entusiasmo é gerador de novas ideias, e as vitórias obtidas são o estímulo mais eficaz. Este princípio busca ser o motor moral na construção e reconhecimento dos progressos do trabalho cotidiano
Princípio 4	Experimentar em pequena escala	Experimentar não é outra coisa senão pôr à prova, comprovar, adaptar e adotar, a partir das necessidades, uma nova técnica ou solução. Graças a este princípio, o camponês transforma-se em um ativo experimentador e inovador; e a propriedade, em permanente e rico laboratório. Permite comprovar as tecnologias que servem ou não. Este princípio nos afasta, definitivamente, das receitas genéricas e dos pacotes tecnológicos planejados para todos e para todos os lugares. Proporciona segurança e confiança na tecnologia
Princípio 5	Desenvolver um efeito multiplicador	A multiplicação entre e pelos próprios camponeses dos resultados e experiências obtidas é a única forma de poder chegar à extensão e massificação deste sistema de produção. [...] Na medida em que os camponeses se transformam em multiplicadores, adquirem mais destreza na produção e na comunicação. O ensino permite conhecer um tema em profundidade; grande parte deste ensino reside no exemplo vivo, comunicado de camponês a camponês

Fonte: Sosa MA, Jaime AMR, Lozano DRA, et al.¹⁴.

Já para sua implementação e desenvolvimento prático, o CaC dispõe de um arcabouço de

métodos, composto por passos, atores, atividades e ferramentas/instrumentos¹⁴ (*quadros 2 e 3*):

Quadro 2. Passos estruturantes da metodologia Camponês a Camponês

Passo 1	Iniciando o caminho	Começa-se a metodologia nas roças com o diagnóstico rápido dos problemas-chave, para em seguida estabelecer prioridades e identificar as melhorias que possam ser chaves para iniciar as mudanças.
Passo 2	Intercâmbio de experiências	Realiza-se o intercâmbio de conhecimentos entre um grupo de camponeses e um promotor que, provavelmente, já tinha soluções para o problema daqueles, porque as experimentou em sua roça. Aqueles que estão com o problema começam a experimentação em pequena escala, para comprovar se a técnica do promotor funciona também em suas próprias roças. Observam êxitos e estabelecem compromissos. São importantes a reciprocidade e a continuidade depois do intercâmbio
Passo 3	Ferramentas metodológicas	Capacitação para facilitadores e promotores. O conhecimento destas ferramentas permitirá utilizá-los em diferentes atividades: oficinas, intercâmbios, jornadas de capacitação e/ou visitas a roças de outros agricultores
Passo 4	Oficina sobre técnicas agroecológicas	Além das técnicas-chave, é necessário experimentar outras tecnologias para garantir que funcionem e deem bons resultados, até dispor de um maior espectro de tecnologias. Há alguns promotores que se animam a experimentar e inovar
Passo 5	Encontro para reforço geral	Faz-se uma revisão de todo o processo, a fim de analisar conquistas e dificuldades, identificando as prioridades seguintes. Todos estes passos têm como eixos transversais a equidade de gênero, a agricultura sustentável e a segurança alimentar

Fonte: Sosa MA, Jaime AMR, Lozano DRA, et al.¹⁴.

Quadro 3. Atores, atividades e ferramentas da metodologia Camponês a Camponês

Atores	Atividades	Ferramentas/Instrumentos
Camponeses e Camponesas	Assembleia de integrantes da organização camponesa	Demonstrações didáticas (presenciais em roças ou por meios audiovisuais)
Promotor(a) agroecológico	Oficinas de socialização de experiências e construção de novos conhecimentos	Exibição de produtos, sementes, matérias e inovações
Facilitador(a) da promoção e multiplicação agroecológica	Diagnóstico Rápido Participativo	Dinâmicas de apresentação, animação e avaliação
Coordenadores(as) locais, municipais, estaduais e nacionais (dependendo a escala e estrutura de organização camponesa existente)	Visitas de trocas de saberes	Experiência de Banes (identificação participativa de práticas agroecológicas existentes e necessárias e de possíveis promotores(as) agroecológicos(as) nas comunidades rurais)
Parceiros (instituições ou profissionais)	Intercâmbios de vivências	Outras (representações teatrais, poesias, canções, desenhos, mapas, fotografias, audiovisuais etc.)

Fonte: Sosa MA, Jaime AMR, Lozano DRA, et al.¹⁴.

Em suma, a total coerência do CaC com o conceito de promoção da saúde apresentado pela Carta de Ottawa² e com os conceitos do paradigma da Salutgênese pode ser identificada por meio da descrição dessa metodologia apresentada pela Organização Não Governamental Pan Para el Mundo:

a metodologia Camponês a Camponês é uma forma participativa de promoção e melhoramento dos sistemas produtivos camponeses, partindo do princípio de que a participação e o empoderamento são elementos intrínsecos no desenvolvimento sustentável, que se centra na iniciativa própria e no protagonismo das agricultoras e agricultores²¹⁽²²⁾.

Métodos de estruturação e desenvolvimento da metodologia Salutgênese-CaC

Identificadas a sinergia e complementariedade entre a Salutgênese e o CaC para desenvolver um processo social de promoção da saúde das

famílias camponesas expostas a agrotóxicos em Lavras (MG), percebeu-se a possibilidade de estruturar uma metodologia que permitisse a promoção, o fortalecimento e a consolidação dos sentidos cognitivos (compreensão), comportamental (manejo) e motivacional (significado)¹¹⁻¹³ dos camponeses por meio dos métodos práticos disponibilizados pelo CaC¹⁴. Tais métodos deveriam desenvolver, respectivamente, o entendimento do contexto de subjugação do modo de produção dos camponeses pela lógica do agronegócio e também das possibilidades, viabilidades e benefícios gerais (incluindo os sanitários) da agroecologia; a identificação dos recursos agroecológicos existentes em suas propriedades e comunidades e a crença de que eles estão disponíveis para a realização da transição de modelos de produção; e a motivação em querer utilizar seus próprios recursos para a mudança de seu contexto.

Dessa forma, foi formulado um programa de trabalho de campo composto por três etapas, em que, de maneira sequencial, foram realizadas cinco atividades conformadas por ferramentas e instrumentos do CaC que possibilitaram promover (Etapa I), fortalecer (Etapa II) e consolidar (Etapa III) os sentidos que conformam o SOC dos camponeses das comunidades rurais desse município (*quadro 4*):

Quadro 4. Estruturação proposta para o desenvolvimento da metodologia Salutgênese-CaC

Etapa I - Promoção dos sentidos de compreensão, significado e manejo	Atividade 1 - Demonstração didática audiovisual: entendimento do contexto e motivação para mudá-lo
	Atividade 2 - Primeiro passo da Experiência de Banes: mapeamento dos recursos de saúde
Etapa II - Fortalecimento dos sentidos de compreensão, significado e manejo	Atividade 3 - Intercâmbio camponês: visita para troca de entendimentos, motivações e técnicas
Etapa II - Consolidação dos sentidos de compreensão, significado e manejo	Atividade 4 - Testemunhos do intercâmbio camponês: multiplicação das compreensões, crenças e motivações
	Atividade 2 - Concretização da Experiência de Banes: construção coletiva do Repertório de Recursos de Saúde

A zona rural de Lavras, local de desenvolvimento da metodologia apresentada, é formada por 71 comunidades, sendo as de menor número de moradores 'agrupadas', pelo governo municipal, às 19 maiores, para a organização e prestação dos serviços públicos de saúde, de agricultura, de infraestrutura etc. Assim, essas 19 comunidades foram consideradas no planejamento de desenvolvimento da metodologia (realizada entre os meses de maio e setembro de 2017), tendo o trabalho a Pesquisa-Ação²² como desenho e a Análise de Conteúdo²³ como método de análise dos dados registrados (por meio de equipamento de gravação de áudio e diário de campo).

Para o desenvolvimento da primeira etapa, foram programados encontros nas 19 comunidades rurais, sendo a forma de realização acordada com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Equipe de Saúde da Família da Zona Rural (EqSF) durante reunião mensal deles (abril de 2017) e, por telefone, com lideranças das comunidades onde não há cobertura da EqSF. Os camponeses foram informados da realização e convidados a participar desses primeiros encontros por meio de comunicação direta realizada tanto pelos ACS e lideranças das comunidades quanto pelo pesquisador. Para isso, o pesquisador utilizou os contatos telefônicos registrados durante os trabalhos de campo do mestrado⁴ (desenvolvido nas mesmas 19 comunidades rurais). Foram convidados, então, os moradores contatados nas ligações, e foi requisitado que estes convidassem seus familiares, vizinhos e conhecidos da comunidade. Já para o desenvolvimento da segunda e terceira etapas, os camponeses foram convidados pelo pesquisador por meio dos contatos telefônicos fornecidos na primeira etapa.

Além disso, foram levadas em consideração as informações dos ACS, lideranças e camponeses sobre a dinâmica laboral/social nas comunidades para definir os dias, horários e locais dos encontros das Etapas I e III e também para programar a data da viagem para a visita de troca de saberes em que consiste a Etapa II (as especificidades de seleção para esta etapa serão destacadas no relato

da experiência do tópico Resultado). Dessa forma, para facilitar e estimular a participação dos camponeses, foram definidos dias de atendimento da EqSF, dias de missa/culto ou dias de semana após o horário de trabalho (em bares locais, por exemplo), conforme as características e locais considerados como pontos de encontro em cada comunidade. Os moradores que não haviam sido contatados anteriormente e que estavam presentes nas ocasiões dos encontros também foram convidados a integrar as atividades das Etapas I e III.

Por fim, não foi necessária a realização de piloto para o desenvolvimento da metodologia em Lavras, uma vez que o trabalho de campo do mestrado⁴, o trabalho de devolução de seus resultados e conclusões e também a produção e gravação do documentário curta-metragem 'O Uso INseguro dos Agrotóxicos'²⁴, desenvolvidos nas comunidades desse município, permitiram a construção de credibilidade e vínculo entre o pesquisador responsável e os camponeses e a construção dos subsídios necessários (como o conhecimento geral das características das comunidades e seus moradores e das especificidades de cada comunidade) para a adoção desta pesquisa-ação estruturada pela metodologia Salutogênese-CaC.

Resultado – a experiência da metodologia Salutogênese-CaC

Etapa I: Promoção dos sentidos de compreensão, significado e manejo

ATIVIDADE 1 - DEMONSTRAÇÃO DIDÁTICA AUDIOVISUAL: ENTENDIMENTO DO CONTEXTO E MOTIVAÇÃO PARA MUDÁ-LO

Essa primeira atividade buscou trabalhar dois dos três fatores descritos por Antonovsky^{11,12} como fundamentais para direcionar a promoção da saúde e o sentido pessoal e comunitário

para as experiências de vida positivas e para a saúde: o componente de compreensão (desvelamento e apropriação dos porquês e de como se conforma o contexto de injustiça em que vivem) e o componente de significado (ver sentido e motivar-se em buscar as possibilidades de mudança deste contexto).

Para o desenvolvimento da atividade, foi utilizado o método da Demonstração Didática que, segundo a metodologia CaC,

trata-se de um tipo de instrumento que serve para demonstrar, de maneira visual e prática, um processo negativo ou positivo. A demonstração deve ser sempre acompanhada de uma explicação e do debate entre os presentes¹⁴⁽⁷¹⁾.

No trabalho desenvolvido em Lavras, foi apresentado, como meio de visualização e estímulo ao debate sobre o contexto e as possibilidades locais, o documentário curta-metragem 'O Uso INSeguro dos Agrotóxicos'²⁴. Esta ferramenta audiovisual foi produzida para popularizar e facilitar diálogos sobre os resultados e conclusões da dissertação de mestrado 'O agricultor familiar e o uso (in)seguro de agrotóxicos no município de Lavras, MG'⁴. O documentário aborda, na primeira parte do vídeo, a desconstrução do paradigma do 'uso seguro' e do modelo do agronegócio para o contexto das propriedades e comunidades camponesas, e, na segunda parte, as viabilidades e benefícios da agroecologia.

Logo após a exibição, todos os presentes foram formalmente convidados a integrar o que foi chamado Encontro de Promoção da Saúde (EPS) de sua comunidade. No âmbito dos EPS dessa primeira atividade, foram realizadas rodas de diálogo sobre os temas apresentados pelo documentário. Os debates foram estimulados por perguntas, elaboradas conforme o momento da discussão, que buscavam identificar se os participantes compreendiam e concordavam com a existência de um modelo de produção dominante que causa danos sanitários, sociais, familiares,

econômicos e culturais em suas comunidades e, ainda, levantar as prioridades, aspirações, necessidades, vontades, intenções e/ou desejos dos camponeses em relação à possibilidade de mudança para uma forma de produção mais saudável, rentável e justa.

Não foi necessário realizar seleção dos integrantes dos EPS, pois a intenção da atividade foi fortalecer os sentidos de compreensão e de significado de todos os camponeses presentes nesse encontro. A variação do número de participantes em cada comunidade não dificultou o desenvolvimento da atividade, uma vez que a condução da discussão e a forma de coleta de dados foram de simples execução.

ATIVIDADE 2 - PRIMEIRO PASSO DA EXPERIÊNCIA DE BANES: MAPEAMENTO DOS RECURSOS DE SAÚDE

Essa atividade deu início ao trabalho de desenvolvimento nas comunidades rurais do componente de manejo, descrito por Antonovsky^{11,12} como o entendimento e a crença dos moradores das comunidades de que os recursos necessários para lidar com qualquer situação de dificuldade, injustiça e/ou mudança estão presentes, disponíveis e acessíveis para utilização na própria comunidade.

Nesse sentido, nessa atividade, foi realizado o mapeamento dos recursos agroecológicos presentes nas comunidades rurais de Lavras. Para esse mapeamento, foi utilizada uma adaptação da ferramenta do CaC conhecida como Experiência de Banes¹⁴, que consiste na realização de um levantamento participativo e didático das práticas agroecológicas aplicadas nas propriedades das comunidades envolvidas no processo de transição de modelos de produção. Para a aplicação nas comunidades rurais de Lavras, a Experiência de Banes foi estruturada na forma de questionário de fácil entendimento e preenchimento pelos participantes. Essa estruturação se fez necessária devido ao contexto de baixa escolaridade formal encontrado na zona rural do município⁴, o que poderia levar à perda de

dados por dificuldade de leitura e escrita caso a Experiência de Banes fosse aplicada em seu formato original, em que as práticas agroecológicas são relacionadas de forma escrita em uma cartolina ou quadro, e os camponeses escrevem em um papel, após explicações feitas por um facilitador, as práticas que utilizam¹⁴.

Dessa forma, trabalhando-se com os EPS já conformados na primeira atividade dessa etapa, foi utilizado um questionário de autoperenchimento composto por 50 perguntas, no qual cada página continha apenas duas perguntas, em letras grandes, a respeito do conhecimento e utilização de práticas agroecológicas nas propriedades dos camponeses presentes.

Para a aplicação, a mesma página do questionário que estava sendo aplicada/preenchida foi projetada em local visível por meio de um projetor de imagens. O pesquisador utilizou a projeção tanto para explicar e sanar dúvidas, sobre cada uma das práticas descritas nas perguntas, quanto para indicar as possíveis opções de escolha para a marcação pelos camponeses. As opções foram: 'Sim', que foi representada no questionário por um sinal gráfico afirmativo (dedo polegar voltado para cima), e 'Não', que apresentou ao seu lado um sinal gráfico negativo (dedo polegar voltado para baixo).

O tratamento dos dados levantados por meio do questionário integrou a Atividade 5 da Etapa III, onde será abordado.

Etapa II: Fortalecimento dos sentidos de compreensão, significado e manejo

ATIVIDADE 3 - INTERCÂMBIO CAMPONÊS: VISITA PARA TROCA DE ENTENDIMENTOS, MOTIVAÇÕES E TÉCNICAS

Apesar de terem sido promovidos e visibilizados nas atividades da primeira etapa do trabalho, os sentidos de compreensão, manejo e significado dos camponeses de Lavras – fundamentais para que assumam o protagonismo e a disposição para mudar de forma ampla o

modelo de produção hegemônico por meio da transição agroecológica – ainda careciam de um exemplo prático para fortalecê-los perante o ofuscamento causado pelo contexto de dependência desses camponeses em relação à lógica, técnicas, insumos e profissionais de órgãos e instituições voltadas para o agronegócio.

É nesse sentido que essa etapa buscou o fortalecimento do SOC de camponeses das comunidades rurais de Lavras apresentando um exemplo prático das vantagens e viabilidades do modelo de produção agroecológico em uma propriedade camponesa, em que os insumos externos não são necessários, e o equilíbrio produção-ambiente é capaz de resgatar a cultura, o ambiente e a dignidade local, ao mesmo tempo em que gera boa produtividade e lucratividade.

A atividade dessa etapa consistiu, portanto, em realizar uma Visita de Intercâmbio¹⁴ de representantes das comunidades a uma família de camponeses que fez a transição de modelos de produção. A propriedade familiar onde foi realizada essa visita é a de uma família do município de Claraval (MG), que já havia sido apresentada indiretamente aos camponeses de Lavras por meio do documentário curta-metragem exibido na Atividade 1 da Etapa I. Essa visita buscou possibilitar tanto a troca de entendimentos sobre a injustiça e inviabilidade do modelo agroquímico hegemônico de produção introjetado em suas produções e modo de vida quanto a troca de motivações e técnicas para a mudança para o modelo agroecológico.

Os primeiros convidados para participar da visita foram os ACS da EqSF rural. Em seguida, foram selecionados e convidados representantes camponeses das comunidades rurais do município. A seleção foi feita por conveniência e levou em consideração critérios de orientação (não hierarquizados e flexíveis frente à realidade de cada comunidade e ao cotidiano dos camponeses), tais como: 'pontuação' na Experiência de Banes, aplicada na Atividade 2 da Etapa I; bom relacionamento com os demais camponeses e entusiasmo com a transição agroecológica, apresentados durante as atividades da Etapa I; e disponibilidade de se ausentar de

Lavras por um dia inteiro de trabalho na data disponibilizada pela família de Claraval.

Etapa III: Consolidação dos sentidos de compreensão, significado e manejo

ATIVIDADE 4 - TESTEMUNHOS DO INTERCÂMBIO CAMPONÊS: MULTIPLICAÇÃO DAS COMPREENSÕES, CRENÇAS E MOTIVAÇÕES

Após a realização de etapas de trabalho em que foram promovidos e fortalecidos os sentidos de compreensão, significado e manejo, partiu-se para a Etapa III, na qual se buscou consolidar o SOC dos camponeses e dar materialidade e acessibilidade aos recursos agroecológicos presentes em suas propriedades e comunidades. Dessa forma, a Atividade 4 consistiu em um EPS para o compartilhamento e discussão, com os demais camponeses das comunidades rurais de Lavras, das compreensões, crenças e motivações adquiridas pelos participantes da atividade de troca de saberes em Claraval.

Para o desenvolvimento do EPS, foi utilizado o instrumento do CaC chamado Testemunhos¹⁴, em que os representantes das comunidades rurais que participaram da visita (incluindo os ACS) e também o pesquisador relataram suas experiências e vivências, multiplicando suas novas impressões sobre o contexto das comunidades; sobre a agroecologia; sobre o que eles identificaram como novos tipos de recursos presentes nas propriedades e comunidades; e sobre as motivações e a necessidade de desenvolvimento de novas práticas de cultivo, de organização camponesa e de novas parcerias em prol da transição agroecológica.

Os camponeses presentes, mesmo os que não compareceram à primeira etapa de trabalho e não conformaram o EPS naquela ocasião, foram convidados a integrar o EPS da Etapa

III, âmbito dos relatos e discussões dessa atividade. Pelos mesmos motivos da Atividade 1 da Etapa I, não foi realizada seleção dos integrantes do EPS nem houve critério de exclusão para conformar esse espaço aberto e coletivo. Para estimular os relatos e as discussões, foram exibidas fotografias realizadas durante a visita em Claraval e, nas comunidades onde houve participação no EPS de camponeses que não haviam participado da Etapa I, foi novamente exibida a ferramenta audiovisual 'O Uso INSeguro dos Agrotóxicos'²⁴ como forma de contextualização e 'nivelamento' das participações nos debates.

ATIVIDADE 5 - CONCRETIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE BANES: CONSTRUÇÃO COLETIVA DO REPERTÓRIO DE RECURSOS DE SAÚDE

Compartilhadas, discutidas e multiplicadas as experiências, ideias e condições locais para a realização da transição agroecológica, buscou-se, por meio dessa atividade, desenvolver a materialização, a instrumentalização e a disponibilização dos recursos identificados pelos próprios camponeses na aplicação da Experiência de Banes na Etapa I. A presente atividade buscou, assim, a compreensão e a motivação dos camponeses em relação à acessibilidade dos recursos existentes em suas propriedades e comunidades e a consolidação da percepção de que o manejo de tais recursos em prol da transição para um modelo de produção mais justo e da promoção da saúde local dependem da decisão e organização deles mesmos.

Para isso, os recursos identificados por meio da aplicação do questionário na Atividade 2 foram tabulados e estruturados conforme o exemplo da *tabela 1*²⁵. Assim, foi possível tornar visível quais práticas agroecológicas estão presentes em cada uma das comunidades, propriedades e camponeses.

Tabela 1. Planilha de resultados da Experiência de Banes em uma comunidade rural fictícia

Práticas agroecológicas	Compostagem	Rotação de cultivos	Associação de cultivos	Aplicação de matéria orgânica	Cobertura do solo	Uso de plantas repelentes	Uso de adubo verde	Integração animal	TOTAL
João P.	X	X							2
José R.	X	X	X	X	X		X	X	7
Maria D.	X	X		X				X	3
Glória A.	X	X	X	X	X			X	6
Paulo M.	X							X	2
TOTAL	5	4	2	3	2	0	1	4	

Fonte: Anap – Folheto de la metodología de Campesino a Campesino²⁵⁽⁹⁾.

Como se pode perceber no exemplo apresentado, a concretização da Experiência de Banes permite a visualização dos conhecimentos e práticas presentes na comunidade e que podem ser compartilhadas com agricultores da mesma ou de outras comunidades (colunas Compostagem, Rotação de Cultivos, e Integração animal); conhecimentos e práticas que podem ser aprimorados (colunas Uso de plantas repelentes e Uso de adubo verde); e os camponeses que apresentam maiores conhecimentos em práticas agroecológicas e que, por isso, apresentam potencial para serem Promotores(as) Agroecológicos(as) em suas comunidades (linhas José R. e Glória A.)²⁵.

O trabalho, então, de construção coletiva do que foi chamado Repertório de Recursos de Saúde das comunidades se deu na sequência do mesmo EPS da Atividade 4, utilizando-se como instrumentos visuais as tabelas estruturadas com os recursos agroecológicos coletados na primeira etapa de trabalho, identificados pelos próprios camponeses. Os instrumentos visuais de cada comunidade, confeccionados por meio da colagem em cartolinas das tabelas de recursos impressas, foram apresentados para que os participantes pudessem reconhecer e acessar as práticas agroecológicas que conhecem e utilizam.

Assim, nesse momento, cada recurso contido nas tabelas foi reapresentado e reexplicado

pelo pesquisador para que os camponeses que não estavam presentes na Etapa I pudessem complementá-las e para que os camponeses que já integravam as tabelas pudessem atualizá-las ou corrigi-las. Dessa forma, ao final desta atividade coletiva de reestruturação e validação das tabelas de recursos, estes passaram a ser considerados como os Repertórios de Recursos de Saúde de cada comunidade.

Discussão

A definição de estruturar como etapas de trabalho a promoção, o fortalecimento e a consolidação dos sentidos de compreensão, significado e manejo da Salutogênese teve como objetivo dar sustentação teórica ao conceito de promoção da saúde, utilizado para o desenvolvimento da pesquisa-ação com populações camponesas expostas a agrotóxicos nas comunidades rurais de Lavras. Já a estruturação das atividades de trabalho, em cada etapa, por meio de instrumentos e ferramentas da metodologia social CaC foi idealizada e aplicada tanto para suprir a carência de métodos práticos da Salutogênese quanto para dar a esse processo de promoção da saúde seu caráter agroecológico, horizontal e de protagonismo camponês, sendo estes

componentes de construção de autonomia das famílias camponesas^{8-10,14}.

A realização das Atividades 1, 3 e 4 como um eixo convergente que integra e interconecta o processo de promoção, fortalecimento e consolidação desses sentidos buscou, principalmente, desenvolver os sentidos pessoais e comunitários que levam à compreensão de seu contexto e à motivação para mudá-lo. Nesse sentido, vale destacar que os trabalhos de devolução dos resultados e conclusões do mestrado⁴ e de produção e exibição do documentário curta-metragem sobre a impossibilidade do paradigma de proteção da saúde por meio do ‘uso seguro’ de agrotóxicos e sobre as possibilidades e benefícios gerais da agroecologia tanto permitiram a visualização, o debate e o reconhecimento do contexto de perigo e dependência em relação ao modelo agroquímico de produção quanto demonstraram que os compromissos pós-pesquisa de devolução e popularização dos conhecimentos científicos desenvolvidos (no caso, por meio da dissertação) desempenham um papel fundamental na construção de credibilidade de pesquisadores e da própria ciência/academia, de vínculos edificadores com sujeitos e comunidades pesquisadas e de subsídios para adotar metodologias sociais subsequentes de pesquisa-ação.

Além disso, o intercâmbio camponês para troca de saberes agroecológicos e de entendimento de contextos e suas multiplicações nas comunidades rurais, por meio do compartilhamento das compreensões, crenças e motivações adquiridas pelos representantes que realizaram a visita, mostraram-se como atividades determinantes para formar a convicção na viabilidade do modelo de produção da agroecologia e a disposição dos camponeses em construir o processo de transição.

Já as Atividades 2 e 5 buscaram desenvolver a crença de que os camponeses de Lavras dispõem dos recursos necessários para realizar esse processo de transição agroecológica. Essencialmente complementares, essas atividades foram alocadas na estrutura da metodologia de forma que entre seu momento de promoção – por meio do contato (explicações

do pesquisador, projeção de imagens e questionário) e da identificação dos conhecimentos e práticas agroecológicas disponíveis em suas propriedades – e seu momento de consolidação dos sentidos de compreensão, significado e manejo – por meio do reconhecimento, validação e apropriação destas práticas – fosse desenvolvida a referida convicção dos camponeses por meio das Atividades 3 e 4. Dessa forma, a discussão e percepção sobre as práticas agroecológicas que têm disponíveis, durante a realização da Atividade 2, e a visualização e validação conscientes das tabelas com as informações sobre recursos agroecológicos de suas propriedades e comunidades, na Atividade 5, permitiram a apropriação destas tabelas de fato como Repertórios de Recursos de Saúde a serem utilizados como instrumentos de um processo autônomo de transição de modelos de produção.

Assim, essa metodologia de intervenção colaborativa e democrática sobre a realidade das comunidades rurais, desempenhada coletivamente entre os sujeitos camponeses e o pesquisador²², permitiu, ao longo das etapas e atividades, a obtenção de um conjunto de dados que foram tratados e classificados conforme categorias que permitiram deduzir, de maneira lógica, diversos conhecimentos sobre os camponeses e suas comunidades²³. Nesse sentido, foi possível alcançar resultados sociais e sanitários eficazes (a serem apresentados em publicações futuras) em um contexto de forte dominação ideológica e prática pelo modelo do agronegócio e de ausência de condições favoráveis, como estrutura organizativa camponesa prévia, processos de transição agroecológica em andamento e/ou apoio público para tal organização e transição.

Considerações finais

No decorrer do processo de elaboração da metodologia Salutogênese-CaC, o cuidado na escolha e estruturação das etapas e atividades de trabalho teve como objetivo operacionalizar o conceito de promoção da saúde, descrito pela Carta de Ottawa², para o contexto dos

camponeses de Lavras (MG). Na prática, a interconexão dos conceitos e procedimentos sociológicos da Salutogênese e do Camponês a Camponês correspondeu à identificação, assimilação, disponibilização e apropriação dos conhecimentos e práticas agroecológicas (recursos de saúde) presentes em suas propriedades e comunidades, do contexto em que vivem e da possibilidade de construção de uma nova realidade por meio de seus próprios recursos.

A partir dessa operacionalização teórico-prática, foram desenvolvidos constructos subjetivos, como a sustentação da viabilidade da agroecologia como modelo de produção para a melhoria das condições de vida e saúde nas propriedades e comunidades rurais, e instrumentos como o Repertório de Recursos de Saúde, que vem orientando o amplo processo

de transição agroecológica e de organização camponesa em Lavras.

Ao ser utilizada com êxito para dar início e desenvolver tal processo social de promoção da saúde, a metodologia relatada neste trabalho se apresenta como ferramenta para ações e pesquisas em contextos semelhantes em outras localidades do Brasil, com vistas à mudança da situação sanitária vulnerável a que estão expostos os camponeses que utilizam agrotóxicos no País.

Colaboradores

Pedro Henrique Barbosa de Abreu e Herling Gregorio Aguilar Alonzo contribuíram de forma igualitária para a concepção e execução deste artigo. ■

Referências

1. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 19-42.
4. Abreu PHB. O agricultor familiar e o uso (in)seguro de agrotóxicos no município de Lavras, MG [dissertação]. [Campinas]: Universidade Estadual de Campinas; 2014. p. 205.
5. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al., organizadores. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EP-SJV; 2015.
6. Rigotto RM, Rosa IF. Agrotóxicos. In: Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, et al., organizadores. Dicionário da educação do campo. Rio de Janeiro: Expressão Popular; 2012. p. 86-94.

7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos: Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde [internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2018 mar]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/05/Relatorio-Nacional-de-VSPEA-vol-1.pdf>.
8. Navolar TS, Rigon AS, Philippi JMs. Diálogo entre agroecologia e promoção da saúde. *Rev. bras. promoç. Saúde (Impr.)*. Fortaleza. 2009 nov 16; 23(1):69-79.
9. Azevedo E, Pelicioni MCF. Promoção da saúde, sustentabilidade e agroecologia: uma discussão intersectorial. *Saúde Soc.* 2011 mar 1; 20(3):715-29.
10. Azevedo E, Pelicioni MCF. Agroecologia e promoção da saúde no Brasil. *Rev. panam. salud pública.* 2011 set 28; 31(4):290-95.
11. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
12. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promot. internation.* Eynsham. 1996; 11(1):11-18.
13. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promot. internation.* Eynsham. 2008 jul; 23(2):190-99.
14. Sosa MA, Jaime AMR, Lozano DRA, et al. *Revolução agroecológica: o movimento de camponês a camponês da ANAP em Cuba.* São Paulo: Expressão Popular; 2013.
15. Giménez EH. *Campesino a Campesino: Voces de Latinoamérica Movimiento Campesino para la Agricultura Sustentable.* Managua: SIMAS; 2008.
16. Nils M, Sanchez M. Teaching the territory: agroecological pedagogy and popular movements. *Agric. human values* [internet]. 2018 fev 15 [acesso em 2018 dez 6]; 35:1-16. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10460-018-9853-9>.
17. Lacerda VR, Pontes ERJC, Queiroz CL. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. *Estud. psicol.* Campinas. 2011 set 14; 29(2):203-08.
18. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J. epidemiol. community health.* 2007 jan 23; 61:938-44.
19. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J. epidemiol. community health.* 2005 dez 5; 60:376-81.
20. Bienert M, Herrera ML, Morales YA, et al. *De Campesino a Campesino: metodología, pedagogía y movimiento para el desarrollo sostenible de la agricultura familiar campesina.* Managua: EDISA; 2010.
21. *Pan Para el Mundo. Construyendo procesos De Campesino a Campesino.* Lima: ESPIGAS; 2006.
22. Thiollent M. *Metodología da pesquisa-ação.* São Paulo: Cortez; 2011.
23. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
24. Abreu PHB, Alonzo HGA. O Uso INSeguro dos Agrotóxicos. YouTube [internet]. 2016 Set [acesso em 2018 fev 28]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HVdZV4JaKAs>.
25. *Asociación Nacional de los Agricultores Pequeños de Cuba. Folleto de la metodología de Campesino a Campesino.* La Habana: Imprenta MINAG; 2015.

Recebido em 08/11/ 2017

Aprovado em 11/03/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB

Work and mental health: experience report in a Caps AD III in the city of João Pessoa, PB

Ana Katarina de Araújo¹, Valéria Leite Soares²

DOI: 10.1590/0103-110420185422

RESUMO Um dos grandes desafios na saúde mental encontra-se na dificuldade de acesso dos usuários à vida produtiva. O presente estudo descritivo busca relatar as atividades desenvolvidas por residentes de saúde mental em um grupo educativo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (Caps AD III) da cidade de João Pessoa, PB. Recorreu-se a uma metodologia qualitativa ancorada no paradigma da Educação Popular para promover o diálogo e a reflexão crítica acerca da categoria trabalho e de questões como políticas públicas, direitos sociais e educação. Conclui-se que o grupo contribuiu para ampliar as condições de acesso dos usuários ao trabalho, resultando na implantação do projeto Brasil Alfabetizado e de um projeto de geração de renda.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Trabalho. Políticas públicas.

ABSTRACT *One of the great challenges in mental health is in the difficulty of access of users' to productive life. The present descriptive study seeks to report the activities developed by mental health residents in an educational group in the Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs III (Caps AD III) in the city of João Pessoa, PB. It was used a qualitative methodology anchored in the Popular Education paradigm to promote dialogue and critical reflection about the work category and issues such as public policies, social rights and education. It is concluded that the group contributed to broaden the access conditions of users to work, resulting in the implementation of the Literate Brazil project and a project to generate income.*

KEYWORDS *Mental health. Job. Public policy.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1078-5740>
anakatarinaramalho@gmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Terapia Ocupacional – João Pessoa (PB), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6605-5907>
valeriasoaresl@hotmail.com



Introdução

O tratamento de pessoas que usam drogas foi baseado, ao longo da história, na lógica da criminalização e da punição, e a forma de intervenção, na maioria das vezes, esteve pautada no isolamento e na segregação, que se davam através de internações em instituições manicômias que tinham como fim único a abstinência. A atenção à saúde dos usuários de drogas não era prioridade, e, devido à falta de investimento do Estado em políticas públicas para esse segmento, o cuidado ficava a cargo de instituições particulares que funcionavam sem fiscalização, reproduzindo, muitas vezes, situações de violação aos direitos humanos dos usuários¹.

Somente quando a política sobre drogas no Brasil reconhece a questão das drogas como um problema de saúde pública e a redução de danos como uma estratégia potente no cuidado das pessoas que fazem esse uso, tem-se a possibilidade de uma atenção garantida de forma integral. Os movimentos de contra-hegemonia, como as reformas sanitária e psiquiátrica, vão ganhando espaço a partir da luta dos trabalhadores e militantes da área da saúde mental. Esses movimentos lutavam não só pela superação desse modelo de internação asilar, mas, também, pela expansão da rede substitutiva, que funcionasse no território a partir da atenção em rede, articulando serviços de saúde, sociais e da comunidade². Essas mudanças possibilitaram o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) em substituição aos hospitais psiquiátricos.

A Raps foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde de pessoas em sofrimento mental e que fazem uso de drogas, prioritariamente, para grupos considerados mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, pessoas em situação de rua e populações indígenas³.

Entre esses dispositivos, estão os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que oferecem atendimento às pessoas em sofrimento mental, inclusive decorrente do uso de drogas, e atendem de acordo com a área de abrangência, realizando

acompanhamento clínico, psiquiátrico e reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários e familiares⁴.

Contudo, apesar das mudanças de paradigma, pensar a inserção dos usuários no trabalho ainda se configura como um desafio para a reforma psiquiátrica, pois no modo de produção capitalista e em um cenário de ofensiva neoliberal, onde há aumento do desemprego, da competitividade, da retirada de direitos sociais e da precarização do trabalho, as pessoas em sofrimento mental e que fazem uso abusivo de drogas, muitas vezes, não conseguem acessar o mercado de trabalho, principalmente o mercado formal, por apresentarem algumas limitações ou por serem vítimas de estigmas e/ou preconceitos. Sendo assim, é preconizado pela Raps o componente da reabilitação psicossocial, que visa à inserção dos usuários no trabalho a partir das iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários – cooperativas sociais, objetivando alcançar melhores níveis de qualidade de vida e condições mais concretas de cidadania, contratualidade e inclusão social³.

Nesse sentido, o presente estudo busca relatar a experiência do grupo educativo Reabilitação Psicossocial, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (Caps AD III) da cidade de João Pessoa – Paraíba, durante estágio no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Resmen), vinculado ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o intuito de compartilhar com os trabalhadores, gestores, usuários, familiares e demais interessados na temática. Assim, considera-se estar contribuindo de forma direta e/ou indireta para futuros planejamentos de ações e medidas relacionadas a projetos de inserção do usuário de drogas no trabalho.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, onde se buscou descrever as

atividades desenvolvidas no grupo educativo Reabilitação Psicossocial, realizado no período de estágio de outubro a dezembro de 2016, no cenário de prática Caps AD III do município de João Pessoa (PB).

O Caps AD III atende a população adulta acima de 18 anos, de ambos os sexos, que faz uso abusivo de múltiplas drogas e que apresenta ou não algum tipo de comorbidade de transtorno mental. Por ser um Caps do tipo III, funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, podendo os usuários chegar ao serviço por demanda espontânea, sozinhos ou acompanhados por familiares, ou, ainda, referenciados por outros pontos da rede dos cinco distritos sanitários existentes. As modalidades de atendimento são a atenção dia e o leito de atenção 24 horas, onde o usuário pode permanecer no acolhimento noturno por um período de até 14 dias intercalados para desintoxicação em nível ambulatorial.

O grupo educativo nos Caps tem como objetivo principal promover educação em saúde a partir de diferentes temas. Dessa forma, o grupo educativo denominado Reabilitação Psicossocial objetivou refletir sobre a categoria trabalho, sobre o processo de estigma associado ao usuário de drogas e relacionado à sua inserção no mercado de trabalho, bem como, sobre questões concernentes às políticas públicas, direitos sociais e educação.

Desde o primeiro momento de sua idealização, foi uma preocupação comum dos facilitadores do grupo que o processo educativo a ser realizado se desse numa perspectiva dialógica, a fim de possibilitar a elaboração comum do conhecimento, concebendo todos os sujeitos como construtores de sua própria formação. Procurou-se estabelecer um ambiente onde a educação fosse compartilhada, a partir da troca de saberes e experiências, onde residentes, profissionais e usuários do Caps AD III estivessem reunidos em uma relação interpessoal horizontal no mesmo espaço, de modo a legitimar e valorizar o saber de cada um. Diante disso, as atividades desenvolvidas com o grupo foram pautadas no paradigma educativo da educação popular, pois esta:

[...] mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social⁵⁽¹⁵⁾.

Com base nesse conceito, pretende-se a partir das práticas educativas em saúde, ampliar as perspectivas dos programas e serviços de saúde para além do foco da doença, visando também à capacidade de reflexão dos sujeitos sobre a sociedade⁶. Freire apresenta a educação como instrumento de libertação dos seres humanos e da sociedade e com grande potencial para mudança^{7,8}.

Participaram do grupo duas residentes (serviço social e psicologia), dois profissionais do serviço (psicologia e arteterapia) e os usuários. O perfil dos usuários era heterogêneo, sendo composto, em sua maioria, por homens com idade entre 18 e 65 anos; a escolaridade variou de analfabeto à ensino superior completo; e as condições socioeconômicas eram diversas. O requisito adotado para a inclusão dos usuários no grupo foi apenas o desejo de participar, sendo o espaço aberto e livre à sua permanência, de tal forma que, ao longo dos encontros, o número de participantes oscilava, com uma média de 10 a 12 pessoas por encontro.

Por meio da vivência no cotidiano do serviço, foi possível perceber que muitos dos usuários assistidos estão em situação de vulnerabilidade social, incluindo o desemprego. Em conversa com eles, surgiu a proposta de dar início a um grupo, para que fossem discutidas questões referentes à categoria trabalho. A proposta foi levada para a equipe do serviço em reunião técnica, onde foi relatada a proposta de implantação do grupo. Após haver concordância, foram pactuados os dias e horários para a realização do grupo, que ocorria uma vez por semana, às quartas-feiras, com duração de 90 minutos, totalizando 7 encontros.

Durante o desenvolvimento das atividades do grupo, a equipe de facilitadores reuniu-se

uma vez por semana, de outubro a dezembro de 2016, para planejar e avaliar os resultados. Nesses encontros, foram realizados estudos através de leituras e discussões de textos referentes a saúde mental, direitos trabalhistas e economia solidária, escolha de material de audiovisual sobre economia solidária, além de contatos com agentes da rede intersetorial que pudessem contribuir e realizar parcerias, visando à ampliação do acesso dos usuários ao trabalho. Importante destacar a participação dos usuários no planejamento das atividades, pois estas eram construídas a partir das demandas de todos(as) que, voluntariamente, estavam presentes.

Resultados e discussão

Durante os encontros, foram discutidos os seguintes temas:

- Conceito de trabalho: o que é trabalho, qual o lugar do trabalho na minha vida?
- Relação entre saúde, trabalho e uso de drogas;
- Direitos trabalhistas;
- Trabalho no contexto do capital;
- Economia solidária e geração de renda;
- Alfabetização e formação para o trabalho.

O primeiro encontro teve como objetivo a construção de um conceito coletivo do que o grupo entendia por 'trabalho'. Debateu-se qual a importância e de que forma o trabalho estava presente na vida dos sujeitos. Na visão dos participantes, o trabalho está associado a 'dignidade e confiança'; 'possibilidade de prover o sustento e o consumo'; e a 'algo que faz parte da vida'. Para eles, o fato de estarem trabalhando faz com que se sintam produtivos, além de ser um fator positivo no aumento da

autonomia e da autoestima e na melhoria das relações familiares.

Marx⁹ nos ajuda a entender essa função do trabalho, dizendo que este é considerado como fundante e constitutivo do ser social, por ser não apenas uma atividade de transformação da natureza praticada pelos homens, mas por ser responsável também pela construção dos homens em sociedade.

Sabe-se que à medida que a sociedade se transforma, as formas de produção e reprodução da vida social também sofrem modificações. Novos processos de trabalho surgem principalmente na sociedade do capital, que tem no trabalho a única fonte de lucro, pois vincula-se "a questão do valor como constitutivo da riqueza social"¹⁰⁽⁴⁸⁾.

Porém, mesmo no modo de produção capitalista, onde o trabalho aparece com características distintas, ele continua sendo imprescindível e necessário para a existência do homem enquanto ser social, além de permitir o acesso à vida produtiva¹¹.

Com relação ao aumento da autonomia e da autoestima concorda-se com Bisneto¹² ao afirmar que são as relações sociais de trabalho e moradia que podem proporcionar aos sujeitos autonomia social de fato, pois elas possibilitam melhoria da capacidade de contratualidade, poder de negociação e o estabelecimento de vínculos satisfatórios nas relações sociais.

Ao final do encontro, produziram-se cartazes com frases e desenhos a partir do que foi discutido, sendo estes, ao término, fixados nas paredes do Caps AD. Nos cartazes, havia desenhos relacionados a profissões, como jardineiro, e frases que diziam: 'trabalho é dignidade e confiança em primeiro lugar'; 'possibilita o sustento e o nosso consumo'; 'o trabalho faz parte da vida e sem o trabalho o ser humano não vive'; 'quem não trabalha não tem ocupação'; 'trabalho é respeito e moral'.

No segundo encontro, refletiu-se sobre a relação entre o uso de drogas e o trabalho. Oportunizou-se a escuta, a fim de que os participantes pudessem compartilhar suas experiências. Foi possível notar a dificuldade

que eles vivenciam para conseguir conciliar as relações de trabalho com o tratamento no Caps, o preconceito ainda existente com as pessoas que fazem uso de drogas e a ‘não credibilidade’ mesmo com aqueles que não estão em uso.

Sobre o preconceito relacionado ao uso de drogas, Petuco aponta que ainda há em nossa sociedade a construção de imagens negativas dos usuários a partir de uma

[...] visão catastrófica, descolada da realidade epidemiológica, que articula práticas de estigmatização e criminalização de populações já vulneráveis a uma retórica sanitária, em um cenário mundial em que políticas assistenciais cedem espaço à repressão [...] ¹³⁽²⁴⁾.

Assim, percebe-se que os usuários de drogas sofrem constantemente com os efeitos negativos do processo de estigmatização. Consequências como perda da autoestima, restrição das interações sociais e perspectivas limitadas de recuperação influenciam negativamente o tratamento. Além disso, as informações deturpadas transmitidas pela mídia somadas à falta de conhecimento, fazem com que os usuários de drogas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar. Sofrem com desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação¹⁴. Tais aspectos, de certa forma, influenciam, também, as relações de trabalho.

A partir das falas dos participantes do grupo, evidencia-se a relação da situação de vulnerabilidade social com o uso abusivo de drogas. Para Silveira¹⁵, o uso abusivo das drogas, na maioria das vezes, dá-se como uma consequência da ausência de políticas públicas, como falta de acesso à saúde, moradia, educação, cidadania. Para o autor, o que acontece atualmente é a inversão de um discurso, atribuindo a situação de miséria social à presença da droga, como se a droga fosse a causa, o que não é verdade, ao contrário, a droga é consequência. São pessoas privadas de seus direitos mais básicos e que, portanto, estão muito vulneráveis à entrada

da droga, ou seja, pessoas que não têm outras possibilidades de prazer na vida.

De forma a dar continuidade às discussões dos grupos anteriores, o terceiro encontro versou sobre direitos trabalhistas e o trabalho na atual conjuntura política e econômica, o que viabilizou a captação de questões acerca da ‘dificuldade de se inserir no mercado de trabalho formal’; da ‘falta de incentivo do governo com o seu povo’; e da ‘necessidade de entrar no mercado de trabalho de outra forma’. Segundo os participantes, questões como idade avançada, baixo nível de escolaridade, e a falta de formação profissional, além da questão do uso de drogas, deixam-lhes impossibilitados e/ou em desvantagem de concorrer a vagas de trabalho no mercado formal.

Para Rodrigues e Pinho¹⁶, o não lugar vivido pelos ‘ditos loucos’ e usuários de drogas no trabalho se configura como mais um elemento da exclusão do processo produtivo de amplos setores e segmentos sociais marginalizados, que não encontram, na economia capitalista, espaço de expressão e de identificação de existência.

Kinoshita¹⁷ afirma que as pessoas que passam por períodos longos de abuso de álcool ou de drogas dificilmente sustentam o ritmo de mercado competitivo. No cenário atual, há um desemprego estrutural que paulatinamente diminui a oferta de vagas, e quem tem qualquer desvantagem, terá baixa empregabilidade.

Tais discursos demonstram a dificuldade do acesso ao mercado de trabalho formal, seja por falta de investimento em políticas públicas de apoio e fomento, seja pela não adaptação dessas pessoas ao mundo do trabalho sob o sociometabolismo do capital, voltado à formação e à acumulação¹⁶.

Bisneto¹² resgata a necessidade de pensar a inclusão social do usuário não nesse tipo de mercado de trabalho alienado, reabilitando-o apenas para que se adapte a uma sociedade que exclui, ao invés de incluir, mas, sim, de pensar de maneira conjunta (usuários e profissionais) condições e estratégias que o possibilitem conquistar, de fato, uma autonomia com relação às estruturas sociais, em que ele consiga produzir

sob condições que respeitem seu tempo e suas singularidades.

Conclui-se o referido encontro com a construção de um painel sobre economia solidária a partir da fala e do entendimento do grupo, ou seja, o que essa palavra representava para eles, com base em suas visões de mundo e seus conhecimentos prévios.

Nos dois encontros seguintes, buscou-se conhecer mais sobre economia solidária e a sua relação com a saúde mental. Foi exibido o vídeo intitulado 'Economia solidária', produzido pelo Fórum Brasileiro de Economia Solidária, com o objetivo de aprofundar o debate e esclarecer as dúvidas daqueles que ainda não conheciam essa proposta de economia. Nesse momento, houve a participação de um integrante da Incubes (Incubadora de Empreendimentos Solidários), da UFPB, que abordou o trabalho desenvolvido pela incubadora no que se refere ao apoio e à assessoria de grupos e de empreendimentos econômicos solidários. As discussões levantaram questões como a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho formal e a visualização da economia solidária como 'um meio alternativo de tirar o sustento'.

Rodrigues e Pinho¹⁶ referem-se à economia solidária como uma 'nova economia'. Singer¹⁸ aponta a economia solidária como a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição. Para este autor, essa é, acima de tudo, uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando aqueles que são excluídos se unem e constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, apontando, assim, para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra a vontade.

Um estudo feito por pesquisadores da Universidade Estadual do Ceará, onde foi realizada uma revisão sistemática da literatura em artigos nacionais da base de dados Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), durante o período de 2005 a 2015, sobre a temática

da inclusão social no empreendedorismo solidário, observou a existência de práticas laborais de inclusão social nos Caps com fortes características autogestionárias e com possibilidade de gerar renda a partir da confecção de trabalhos artesanais¹⁹. Contudo, percebe-se, a partir das falas dos participantes, um não reconhecimento de atividades desenvolvidas no Caps a partir dessa proposta. Para eles, falta incentivo e apoio institucional com o intuito de desenvolver projetos que possibilitem gerar alguma fonte de renda para ajudar no sustento.

No que se refere às políticas existentes, o diálogo entre a saúde mental e a economia solidária começa a surgir no ano de 2004, quando o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego, a partir da Secretaria Nacional de Economia Solidária (Senaes), colocam em pauta o fomento de políticas públicas que possam garantir o protagonismo dos projetos de inclusão social pelo trabalho, publicando, posteriormente, editais de apoio e financiamento de oficinas e projetos de geração de renda e empreendimentos solidários, incluindo o público da saúde mental¹⁶.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente reabilitação psicossocial da Raps nos valores de R\$ 15.000, R\$ 30.000 e R\$ 50.000, porém esses recursos são direcionados às prefeituras e não diretamente às oficinas e aos projetos de trabalho, "o que às vezes, pelas dificuldades burocráticas ou divergências em sua aplicação não chega de acordo com o plano ou chega depois de muito tempo"¹⁶⁽²²¹⁾.

Como resultado desses dois encontros, foi proposto dar início a um projeto de uma horta de plantas medicinais no espaço do Caps AD III, em paralelo ao grupo educativo. Cabe ressaltar que durante o desenvolvimento dos encontros do grupo educativo, alguns usuários, residentes e profissionais participantes estavam frequentando um curso de geração de renda e permacultura, facilitado pelo Centro de Práticas Integrativas e Comunitárias Equilíbrio do Ser, dispositivo do município

de João Pessoa que oferece terapias holísticas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribuiu para a proposição do referido projeto.

As demandas seguintes trazidas pelos usuários foram o debate sobre a importância da escolarização e da profissionalização para o acesso ao mercado de trabalho, de tal forma que esse foi o tema do sexto encontro.

Para contribuir para esse debate, contou-se com a presença do coordenador do projeto Escola Zé Pião, que oferece, há 25 anos, programas de alfabetização e educação continuada para operários da construção civil, uma parceria da UFPB com o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário (Sintricom).

A partir da temática discutida, foi possível refletir sobre qual o lugar e o papel da educação na vida de cada um, bem como entender que a necessidade de saber ler e escrever vai além do acesso ao mercado de trabalho, pois possibilita a autonomia, a valorização e a autoestima dos sujeitos, além de ampliar o conhecimento acerca dos direitos e deveres e a ‘visão de mundo’.

Para Duarte e Barboza²⁰, em um contexto de neoliberalismo, esse tipo de sociedade exclui, por conta do capital, a maioria da população no que diz respeito ao processo de alfabetização, levando a marginalização. Assim, trilharam-se os interesses da sociedade dominante, ou seja, as pessoas com um poder aquisitivo elevado, ou com uma grande influência político-econômica, infiltram seus pensamentos caracterizando-os como verdades, como dogmas que devem ser seguidos.

Nesse sentido, a educação deve possibilitar a alfabetização, as capacidades de aprendizagem, o raciocínio crítico, a criatividade e a ação, no que diz respeito à transformação social. Também é a única forma de as classes dominadas ascenderem socialmente ou assumirem uma postura mais crítica frente à realidade²¹.

Como resultado do encontro, obteve-se o interesse de alguns membros do grupo em iniciar e/ou retomar os estudos, principalmente devido ao seu baixo nível de escolarização.

Dessa forma, foi proposto como encaminhamento a procura, na rede de educação do município, de programas que trabalhassem com a alfabetização de jovens e adultos.

Após articulação com a Secretaria Municipal de Educação, foi viabilizada a abertura de uma turma do projeto Brasil Alfabetizado com os usuários do Caps AD III, a ser realizado em algum dispositivo localizado no território próximo ao serviço. O projeto Brasil Alfabetizado se caracteriza por ser um programa do MEC voltado para alfabetização e elevação da escolaridade de jovens, adultos e idosos em situação de vulnerabilidade social²⁰.

A dinâmica de aprendizagem do projeto que prioriza condições que facilitam a permanência dos alunos, despertou a atenção dos usuários por estar mais próxima das suas rotinas de vida.

O encerramento da participação das residentes no grupo educativo se deu no sétimo encontro, onde foi realizada uma dinâmica de sensibilização sobre o conhecimento construído no coletivo, o ‘dar e receber’. A proposta da dinâmica era de despertar no grupo a ideia de que é possível potencializar o cuidado de si e do outro, melhorar as condições de vulnerabilidade sociais e econômicas e construir projetos de vida a partir da integração com o coletivo, da solidariedade, do respeito com a natureza e da valorização dos nossos saberes e habilidades.

Foi realizada uma avaliação final do grupo educativo pelos participantes, em que concluíram que ele contribuiu de forma significativa para a ampliação das condições de acesso ao trabalho. Com relação à escolha da metodologia de trabalho no grupo, concordou-se que ela colaborou, através de sua dinâmica, para a captação das demandas oriundas dos participantes do grupo, além de ter possibilitado a elaboração de uma práxis que permitiu a ampla compreensão do problema e a adoção de uma postura crítica ante a realidade. Foi reforçado, assim, o compromisso político com os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

No que diz respeito à avaliação do percurso

das atividades desempenhadas, alguns relatos reforçaram a importância de todo o processo, uma vez que, possibilitou a apreensão de temas relevantes ao processo de reabilitação psicossocial dos usuários do Caps AD III no tocante à inserção no trabalho.

Conclusões

Foi possível perceber, através da experiência relatada, que os participantes identificam fatores positivos relacionados ao trabalho, tais quais: a melhoria da autonomia e da autoestima; trabalho como meio produtor de vínculos sociais; fortalecimento dos vínculos familiares; e meio de prover condições reais de sustento e consumo.

Diante da participação dos usuários, perceberam-se, também, questões que eles consideram que dificultam o acesso ao trabalho, tais como: o baixo nível de escolaridade; a falta de profissionalização; os agravos decorrentes do uso abusivo de drogas; o preconceito e o estigma associados historicamente às drogas; ausência e fragilidades de políticas públicas voltadas para esse propósito. Fatores que pre-dispõem possíveis barreiras sociais, culturais, políticas e econômicas, para se efetivar, de fato, a inserção.

Acredita-se que as dificuldades supracitadas podem estar relacionadas com a atual conjuntura política e econômica de retrocesso sob a égide da ideologia neoliberal, onde a tendência geral tem sido a de restrição e desmonte de direitos, transformando as políticas sociais em compensação nestes períodos de

crise, prevalecendo o trinômio: privatização, focalização e descentralização. Além disso, tem-se assistido na saúde mental o avanço de ideias consideradas manicomialistas, tanto no âmbito da política quanto da assistência, podendo refletir direta e/ou indiretamente nas dificuldades relatadas.

Com relação ao apoio e ao financiamento de políticas públicas para inclusão no trabalho, conclui-se que apesar das melhorias sutis, pois há na legislação em saúde mental o incentivo para a realização de oficinas de geração de renda e trabalho nos Caps, com a inclusão dos usuários nesses editais de financiamento via Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego, existem ainda, algumas questões limitadoras, como o fato de tais iniciativas não ocorrerem de forma permanente e consistente, garantidas pelo Estado enquanto políticas públicas, com apoio e fomento que possibilitem o direito ao trabalho associado e autogerido, e que, superem o estágio de oficinas terapêuticas no interior dos serviços.

Tais aspectos suscitam a necessidade de que o trabalho deixe de ser visto apenas como uma atividade terapêutica (prescrita, orientada e protegida) ou como simples forma de ocupação do tempo ocioso ou de controle institucional. Faz-se imprescindível que se torne uma ferramenta de promoção de cidadania, autonomia e de emancipação social.

Por fim, conclui-se que as atividades desenvolvidas pelo grupo contribuíram de forma significativa para ampliar as condições de acesso dos usuários ao trabalho, tendo como fruto a implantação do projeto Brasil Alfabetizado e o projeto de geração de renda da horta medicinal. ■

Referências

1. Alves VS. Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial – CAPS ad [tese]. [Bahia]: Universidade Federal da Bahia; 2009. 365 p.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: MS; 2007.
6. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de promoção à saúde. Cad. de S. Púb. Rio de Janeiro. 2004 jul-ago; 20(4):1088-1095.
7. Freire P. Educação e Mudança. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1979.
8. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. Marx K. O capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
10. Netto JP, Braz M. Economia Política: uma introdução crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2007.
11. Antunes R. Excurso sobre a centralidade do trabalho. In: Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 4. ed. São Paulo: Boitempo; 2007.
12. Bisneto JA. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
13. Petuco DRS. Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack. [dissertação]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2011. 131 p.
14. Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2014. 24 p.
15. Silveira DX. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In Conselho Federal de Psicologia, organizador. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. Brasília, DF: CFP; 2013. p. 73-82.
16. Rodrigues KL, Pinho LP. Limites e desafios para inclusão social pelo trabalho na saúde mental. In: Razzouk D, Aranha MGL, Cordeiro Q, organizadores. Saúde Mental e trabalho. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015. p. 215-226.
17. Kínoshita RT. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: Conselho Federal de Psicologia, organizador. Drogas, direitos humanos e laço social. Brasília, DF: CFP; 2013. p. 53-60.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília, DF: MS; 2005.
19. Pacheco MEAG, Bezerra SS, Cavalcante S, et al. Saúde mental e inclusão social: um estudo de revisão sistemática da literatura. Cad. Bra. De S. M. Florianópolis; 2016. p. 43-54.
20. Duarte ACS, Barboza RJ. Paulo Freire: o papel da

educação como forma de emancipação do indivíduo. Revista Científica Eletrônica de Pedagogia [internet]. 2007 jan. [acesso 2018 mar 5]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/137420909/Paulo-Freire-A-Educacao-Forma-de-Emancipacao-Do-Individuo>.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, Diretoria de Políticas de Educação de Jovens e Adultos. Prin-

cípios, Diretrizes, Estratégias e Ações de apoio ao Programa Brasil Alfabetizado: elementos para a formação de coordenadores de turmas e de alfabetizadores. Brasília, DF: MEC; 2011.

Recebido em 14/09/ 2017
Aprovado em 18/02/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2018

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 2018

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of five authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO DE 2018

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y tener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, cinco autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)

Carina Munhoz de Lima (normalização)

Carla de Paula (português)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Márcia Maria Palhares (português e inglês)

Mariana Acorse (normalização)

Simone Basílio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

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

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

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



INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina,

el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de
Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes -
n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de
Saúde, Cebes, 2018.

v. 42. n. especial 4; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de
Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br