

saúde

SAÚDE COLETIVA

coletâneas



Rita de Cássia Duarte Lima
Elizabeth Regina Araújo de Oliveira
Maria Del Carmen Bisi Molina

Organizadoras

edufes

Rita de Cássia Duarte Lima
Elizabete Regina Araújo de Oliveira
Maria del Carmen Bisi Molina

(ORGANIZADORAS)

SAÚDE COLETIVA

C O L E T Â N E A S



EDUFES

VITÓRIA, 2014

Editora filiada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias (Abeu)
Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus de Goiabeiras
CEP 29075-910 - Vitória - Espírito Santo - Brasil
Tel.: +55 (27) 4009-7852 - E-mail: edufes@ufes.br
Homepage: <http://www.edufes.ufes.br>

Reitor | Reinaldo Centoducatte
Vice-Reitora | Ethel Leonor Noia Maciel
Superintendente de Cultura e Comunicação | Ruth de Cássia dos Reis
Secretário de Cultura | Rogério Borges de Oliveira
Coordenador da Edufes | Washington Romão dos Santos

Conselho Editorial | Agda Felipe Silva Gonçalves, Cleonara Maria Schwartz, Eneida Maria Souza Mendonça, Giancarlo Guizzardi, Gilvan Ventura da Silva, Glícia Vieira dos Santos, José Armínio Ferreira, Julio César Bentivoglio, Maria Helena Costa Amorim, Ruth de Cássia dos Reis, Sandra Soares Della Fonte

Secretário do Conselho Editorial | Douglas Salomão

Revisão de Texto | Alina da Silva Bonella
Projeto Gráfico | Denise R. Pimenta
Diagramação | Denise R. Pimenta
Capa | Denise R. Pimenta

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S255 Saúde coletiva : coletâneas / Rita de Cássia Duarte Lima, Elizabete Regina Araújo de Oliveira, Maria del Carmen Bisi Molina, (organizadoras). - Vitória : EDUFES, 2014.
266 p.

ISBN: 978-85-7772193-1

1. Saúde pública - Coletânea. I. Oliveira, Elizabete Regina Araújo de. II. Molina, Maria del Carmen Bisi. III. Lima, Rita de Cássia Duarte.

CDU: 614

SAÚDE COLETIVA

COLETÂNEAS

AUTORES

Eliane Tozato Pereira

Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva/UFES, Professora da UNIVILA e EMESCAM e Assistente Social da Prefeitura da Serra/ES

Alacir Ramos Silva

Assistente Social, Doutora em Serviço Social/PUC/SP, Professora aposentada da UFES, Coordenadora do Curso de Graduação em Serviço Social da EMESCAM e professora do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

Heloisa Pereira da Fonseca

Historiadora, Mestre em Saúde Coletiva/UFES, Professora da EMESCAM

Andressa Ribeiro Fogos

Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva/UFES, Professora da UNV e Assistente Social da Prefeitura da Serra/ES

Elizabeth Regina Araújo Oliveira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem/USP, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

Luzimar dos Santos Luciano

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva/UFES, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES

Denise Silveira de Castro

Enfermeira, Doutora em Enfermagem/UFRJ, Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva/UFES

Roseane Vargas Rohr

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva/UFES, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVIX.

Eliana Zandonade

Estatística, Doutora em Estatística, Professora Adjunta do Departamento de Estatística e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

Werbená A. Santos

Médica Pediatra, Mestre em Saúde Coletiva/UFES

Aloísio Falqueto

Médico, Doutor em Medicina Tropical/FIOCRUZ, Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

Hélia Márcia Silva Mathias

Farmacêutica e Bioquímica Industrial, Mestre em Saúde Coletiva/UFES, Professora do Centro Federal de Educação Tecnológica do Espírito Santo e técnica da Secretaria do Estado da Saúde do ES

Rita de Cássia Duarte Lima

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

Márcia Regina dos Anjos Brandão

Médica pediátrica e dermatologista, Professora Adjunta da UFES do Departamento de Pediatria, Mestre em Saúde Coletiva/UFES

Selma Bloom Margotto

Enfermeira, Doutora em Educação USP/SP, professora aposentada da UFES, professora do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

Silvana Lacerda Santos Reis

Médica Neonatologista/Mestre em Saúde Coletiva/UFES

Maria Helena Costa Amorim

Enfermeira, Doutora em Enfermagem/UFRJ, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES

SUMÁRIO

A POLÍTICA DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO.....	11
Eliane Tozato Pereira; Alacir Ramos Silva.	
A OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES PRIVADOS NA GRANDE VITÓRIA (ES): CAUSAS E PERSPECTIVAS.....	35
Heloisa Pereira da Fonseca; Alacir Ramos Silva	
ENTRE ORAÇÕES E/OU MEDICAMENTOS: OS CAMINHOS DO PROCESSO DE TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HANSENIANOS.....	69
Andressa Ribeiro Fogos; Elizabete Regina Araújo Oliveira	
O ESTRESSE COTIDIANO DAS PESSOAS ADOECIDAS POR LESÕES DE ESFORÇOS REPETIVOS/DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO.....	89
Luzimar dos Santos Luciano; Denise Silveira de Castro	
TRABALHO E CONSUMO DE DROGAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA.....	127
Roseane Vargas Rohr; Marluce Siqueira Macieira; Eliana Zandonade	
ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E PARACOCCIDIOIDOMICOSE, UM ESTUDO DE CASO CONTROLE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL.....	147
Werbena A. Santos; Aloísio Falqueto	
A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESPÍRITO SANTO: SABERES E PRÁTICAS.....	165
Hélia Márcia Silva Mathias; Rita de Cássia Duarte Lima	
UM OLHAR SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE: POR ONDE PASSA A COMUNICAÇÃO?.....	199
Márcia Regina dos Anjos Brandão; Selma Bloom Margotto	
INFLUÊNCIA DOS MÉTODOS CANGURU E TRADICIONAL NA CONCENTRAÇÃO DA	

IMUNOGLOBULINA A (IGA) SALIVAR E SÉRICA EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO	237
Silvana Lacerda Santos Reis; Maria Helena Costa Amorim	

APRESENTAÇÃO

Esse livro é a concretização do sonho e esforço de docentes e discentes da primeira turma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGASC/UFES), em difundir a nossa produção científica, seja por meio da publicação de relatórios de pesquisa, artigos em periódicos, seja por meio de textos inéditos baseados nas dissertações de mestrado, como é o caso desta coletânea. Assim, apresentamos e saudamos com muito entusiasmo esta coletânea, esperando que seja a primeira de muitas que iremos produzir.

O PPGASC foi criado em 1998, constituindo-se o primeiro programa de pós-graduação *stricto sensu* na área da saúde coletiva em nosso Estado. Num primeiro momento, fruto da ousadia de um grupo de docentes do Departamento de Enfermagem da UFES, comprometidos com a construção e consolidação do SUS, que se articulam e convidam docentes e pesquisadores de outros departamentos e profissionais de saúde do Estado, no sentido de criar condições favoráveis para a implantação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e, posteriormente, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

A saúde coletiva é fruto dos desdobramentos do movimento pela Reforma Sanitária, desencadeada juntamente com outros movimentos iniciados na década de 70, em favor da democratização do País e da melhoria dos indicadores sociais e econômicos, dentre eles, os de saúde. Nasce, assim, no contexto da luta pela dignidade e defesa da vida e da cidadania da população brasileira.

No bojo desses movimentos, é que as propostas do setor saúde se consolidam, principalmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, quando emerge, com vigor, a saúde coletiva e as formulações e propostas que vão dar base e sustentação para a criação de um Sistema Único de Saúde em nosso país.

É sempre importante frisar que a saúde coletiva tem se constituído num campo aberto a tensões epistemológicas e às práticas interdisciplinares, às intervenções intersetoriais distintas e complexas, a partir dos modelos de políticas, sociedade e saúde que se produzem cotidianamente na sociedade brasileira.

Esta coletânea trata, portanto, da diversidade e complexidade da área,

ao apresentar e aprofundar conceitos e reflexões essenciais ao campo de conhecimento das práticas da saúde coletiva e do Sistema Único de Saúde. Permite, por meio dos vários textos, ampliar nosso olhar sobre os limites, avanços, complexidades e contradições da saúde coletiva e as implicações dos equívocos na formulação e execução das políticas públicas.

A nossa intenção não foi organizar os textos por tema, mas tentar mostrar interconexões possíveis, por entender que são temas inesgotáveis que sempre apresentam novas respostas, interrogações e perplexidades. Mas que isso, para que possamos refletir sobre a saúde coletiva e o SUS, enfim, sobre a sociedade brasileira, no que tem de superação e agravamento das condições de vida dos cidadãos que aqui nascem, vivem e morrem.

Nesse sentido, o livro está organizado em nove capítulos distintos que tratam de temas relacionados com a formulação e organização de políticas nas áreas de drogas, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, saúde do trabalhador, vigilância sanitária, relações profissionais e organização de serviços. Todos os temas são importantes e fundamentais para aqueles que, de diferentes maneiras, estão implicados na produção do cuidado e na construção do SUS.

Nós, as organizadoras e os demais autores/atores desta produção coletiva do PPGASC, consideramos que a obra é um convite ao envolvimento e ao compromisso de debater a saúde coletiva, contribuindo com a construção de um sistema de saúde que efetivamente contemple com qualidade, dignidade, respeito e solidariedade os princípios organizativos e doutrinários do SUS.

Esperamos contribuir para um debate criativo, crítico e afirmativo sobre a saúde coletiva e, simultaneamente, sobre o SUS. Boa leitura a todos.

As organizadoras

A POLÍTICA DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO

Eliane Tozato Pereira
Alacir Ramos Silva

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Assume-se que o uso de substâncias psicoativas é tão antigo quanto a história da humanidade. Embora sempre presente em diferentes tradições culturais e sociais, a utilização dessas substâncias assume significado particular conforme o momento histórico-social de cada sociedade.

Buscando alterar o seu estado de consciência, os indivíduos, por meio da droga, intensificam seus sentidos, o humor, o prazer, as percepções e sensações, e promovem sua interação social. Essa prática tem sido uma constante ao longo da história humana e não existem evidências de que deixará de ocorrer.

É, no entanto, a partir da década de 60, quando passam a ser consumidas intensamente pelos jovens de classe média e alta, que essas substâncias se inscrevem de forma mais incisiva no contexto brasileiro, configurando-se para a sociedade e autoridades públicas como uma ameaça à continuidade da vida social (VELHO, 1985).

Um dos fatores que sinalizou a necessidade de uma ação governamental mais efetiva nessa área foram os custos sociais decorrentes do uso indevido de drogas, que, cada vez mais expressivos, colocam como desafio a urgente implantação de medidas mais adequadas do ponto de vista de saúde pública.

O aumento crescente e os custos sociais decorrentes desse consumo vêm exigindo das autoridades brasileiras não só a elaboração e execução de mecanismos de restrições à oferta, por meio de leis e combate ao narcotráfico, como também de redução de demanda por drogas.

Nessa perspectiva, o presente estudo, fundamentado em uma metodologia exploratório-descritiva e de natureza documental, busca resgatar historicamente, baseado em uma abordagem mais descritiva do que analítica do tema, as respostas implementadas pelas autoridades brasileiras ao enfrentamento da questão do uso indevido de drogas no Brasil e no Estado do Espírito Santo, sem, contudo, ter a pretensão de esgotar o assunto em função da amplitude e complexidade do tema

pelas autoridades brasileiras para intervir no problema resumiam-se em medidas repressivas pela ação policial, ou com internação em hospitais psiquiátricos.

Por outro lado, no âmbito do tratamento, a assistência psiquiátrica era fundamentada na prática de exclusão e isolamento, cujas ações eram marcadas pela ineficácia, pela baixa qualidade, pelo reforço da ideologia hospitalocêntrica, pelos elevados custos sociais e econômicos e, sobretudo, pela violação dos direitos humanos (SILVA, 1995).

O segundo momento, a partir da década de 80, foi marcado pelo início, no cenário nacional, das ações de reforma sanitária e psiquiátrica que se constituíram na luta pelo direito à saúde e numa nova forma de lidar com o sofrimento psíquico, com base nos princípios éticos de garantia dos direitos humanos e de cidadania.

Por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foram defendidos princípios que inauguram uma nova concepção de saúde, propondo estratégias que visam a romper com práticas autoritárias e de desrespeito aos usuários de drogas. Esses princípios foram formulados pelo Movimento de Reforma Sanitária e de Saúde Mental no País.

Esses princípios são garantidos no texto Constitucional de 1988, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado e cria o Sistema Único de Saúde, trazendo como diretrizes a universalidade, equidade, integralidade e descentralização da assistência à saúde. A ênfase até então, predominantemente curativa, passa a ser deslocada para a prática de prevenção e promoção à saúde.

Esse referencial teórico-político se constituiu nas bases para a reestruturação dos serviços de saúde, bem como em novas alternativas de tratamento à dependência química, inseridas no campo da saúde mental, fundamentadas nas práticas de internamento em hospitais gerais, atendimento ambulatorial e nos Centros e Núcleos de Atendimento Psicossociais (CAPS/NAPS)¹ que surgem a partir da década de 90 no País.

O problema do uso indevido de drogas, a partir dessa década, passa a ser entendido como uma questão que deve ser tratada nos diferentes níveis de intervenção, devendo ser incorporadas à abordagem do fenômeno contribuições dos diversos campos do conhecimento científico, como a Sociologia, Antropologia e Psicologia. Nessa perspectiva, o discurso jurídico e da saúde, predominante na abordagem do fenômeno até então, passa a ser reforçado pelo discurso da educação, no sentido de dar conta da prevenção ao uso de drogas, principalmente entre jovens e adolescentes.

Além disso, os anos 80 caracterizaram-se pela busca de combinação de ações de repressão com a chamada redução de demanda por drogas,

DA REPRESSÃO À PREVENÇÃO: O ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO DO USO INDEVIDO DE DROGAS NO BRASIL

A partir da década de 60, com o agravamento do uso de drogas no País, evidencia-se uma preocupação do Poder Público no enfrentamento dessa questão. É nesse período que se iniciam algumas iniciativas para o controle dessas substâncias.

Apesar de não existir até 2001 uma política nacional de prevenção ao uso indevido de drogas no País, observam-se, no entanto, algumas estratégias e ações implementadas nessa área. Desde então, é possível distinguir três momentos nas ações desenvolvidas pelas autoridades brasileiras para o controle de produção, comercialização e de consumo de drogas no Brasil.

A primeira fase compreendeu o período anterior à década de 80, quando as ações se baseavam, essencialmente, na redução da oferta e cuja compreensão e abordagem do fenômeno se restringia ao campo médico e jurídico.

Nesse período prevaleceu, nas ações governamentais, o enfoque prioritariamente repressivo, quando se buscou controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas, enviando para a prisão tanto traficantes como usuários. Essas intervenções encontravam-se fundamentadas na denominada redução da oferta, cujo objetivo era inibir o uso indevido de tais substâncias pela restrição ao acesso às drogas.

As ações implementadas eram orientadas, como são ainda hoje, pela Lei n.º. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Essa Lei foi elaborada com a intenção de estabelecer uma política nacional de drogas e, de fato, até determinou algumas medidas com vistas à prevenção e tratamento, porém predominou uma abordagem criminal do problema, em face à rigidez com que se enquadrou o uso dessas substâncias (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O CONTROLE DAS DROGAS-UNDCP, 1999).

De acordo com Figueiredo (1997), embora a Lei tivesse o objetivo de essencialmente prevenir e eventualmente punir, na verdade, encerra um conteúdo muito emocional e moralista, igualando na penalização os traficantes e usuários.

Nesse sentido, o usuário de drogas era considerado como um indivíduo com comportamento desviante e com distúrbio mental, devido à prevalência do discurso médico e jurídico nessa área. Conseqüentemente, as medidas empregadas

bem como pela criação dos Conselhos de Entorpecentes no nível federal (CONFEN), estadual (CONEN) e municipal (COMEN), na tentativa de incorporar a prevenção e tratamento às atividades de controle implementadas pelas autoridades brasileiras nas três esferas de Governo.

Data desse período também a constatação de que a simples tentativa de diminuir a oferta se revelara incapaz de evitar o progressivo crescimento do consumo. Assim, as autoridades brasileiras buscaram a combinação de ações de repressão com a chamada redução da demanda por drogas, baseada em intervenções educativas que visavam à não iniciação e incentivo ao abandono do uso dessas substâncias.

Destacamos nessa proposta o estímulo à ampla participação de grupos organizados da sociedade e o engajamento de instituições, como escolas, entidades de pesquisa, grupos de auto-ajuda, comunidades terapêuticas e organizações não-governamentais nas áreas de prevenção e tratamento do uso indevido de drogas.

No campo normativo, ocorreram duas importantes alterações, como a criação, em 1986, do Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), atual Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), constituído pelos recursos provenientes da repressão ao tráfico ilícito, destinado a financiar prioritariamente projetos de prevenção e tratamento propostos por instituições governamentais, e a promulgação da Constituição, em 1988.

Com a nova Constituição, o tráfico de drogas passa a ser definido como crime inafiançável, no qual fica previsto o confisco dos bens de traficantes, a autorização para expropriação de terras para o plantio ilícito, bem como a obrigação do Estado em manter programas de prevenção e assistência para crianças e adolescentes.

Além dos princípios de redução de demanda, apareceram, no contexto mundial da década de 80, as estratégias de redução de danos à saúde decorrentes do uso indevido de drogas injetáveis. Essas estratégias surgiram como tentativa de controlar doenças de transmissão parenteral, como a sífilis, as hepatites, a tuberculose e, principalmente, a disseminação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis.

A partir desse período, observa-se a existência de duas correntes distintas de pensamento: a primeira, com maior número de adeptos, baseia-se no modelo norte-americano de abstinência e repressão ao uso de drogas e defende a redução do uso de drogas como única solução; a segunda, baseada no modelo de intervenção europeu ainda incipiente no Brasil naquele período,

mas já constituindo-se como política oficial a partir da década de 90, defende que as intervenções devem basear-se na redução dos efeitos nocivos da droga, por meio das estratégias de troca de seringas e substituição de drogas pesadas por drogas leves (MESQUITA, 1994).

A redução de danos surgiu da urgente necessidade de controlar, sobretudo, a disseminação do vírus HIV pelo uso compartilhado de drogas injetáveis, visto que, historicamente, a tentativa de redução da oferta com o combate ao narcotráfico e controle do uso de drogas não impediu o aumento da produção e do consumo dessas substâncias.

Tal fato decorre, principalmente, do interesse econômico, político e social que está por trás do tráfico e do consumo de drogas em todo o mundo. Sendo assim, a situação do uso dessas substâncias é pressionada por interesses muito acima da capacidade do setor de saúde de diminuir a demanda.

Além disso, o índice de recuperação das dependências químicas, nos melhores serviços de tratamento do mundo, chega, na melhor das hipóteses, a 30%, quando a meta estabelecida é a abstinência. Isso implica considerar que os índices de recaída, em torno de 70%, evidenciam as limitações das alternativas disponíveis no campo da terapêutica (MESQUITA, 1994).

Um dos argumentos contrários à implementação desses programas no Brasil está respaldado na Lei n.º 6.368/76, ainda em vigor, promulgada antes do surgimento da epidemia de Aids no mundo. O art. 12, em seus incisos I e III do § 2º, criminaliza tanto quem induz, instiga ou auxilia alguém a consumir, como também quem contribui de alguma forma para difundir o tráfico de drogas (MESQUITA, 1998).

Vale lembrar que a Constituição Federal, em seu art. 196, defende como dever do Estado criar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos entre a população. Porém, mesmo respaldados na Constituição, os programas de troca de seringas, uma das estratégias de redução de danos implementadas pelas autoridades de Saúde

1. "Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que [...] oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 04 horas, por equipe multiprofissional. [...] podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviço, para as ações relativas à saúde mental, considerando suas características de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internações hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental" (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1992, p. 63-64).

Pública comprometidas com a prevenção de infecção do vírus HIV no País, foram, inicialmente, interpretados pela Justiça de algumas cidades brasileiras, como uma medida que divergia com as disposições dessa Lei.

A partir da década de 90, no entanto, novas determinações vão surgindo no cenário nacional. Embora a Lei no. 6.368/76 determine a prisão também para usuários de drogas, essa prática vem se tornando um sério problema para a Administração Pública, visto que os indivíduos, aprisionados por fazerem uso indevido ou por cometerem pequenos delitos para obtenção dessas substâncias, acabam alimentando o enorme mercado de drogas dentro das penitenciárias gerenciadas por traficantes presos.

Dessa forma, foram surgindo outras estratégias criadas pelo Poder Judiciário, como as alternativas de prestação de serviços à comunidade e a justiça terapêutica, implementadas em diversos Estados brasileiros, visando à mudança desse cenário.

Além disso, surge também a proposta de alteração da Lei no. 6.368/76 que há dez anos vem tramitando na Câmara de Deputados e no Senado. Trata-se do Projeto de Lei n.º 10.409, que continua em tramitação no Senado Federal, em função dos diversos artigos vetados pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, em dezembro de 2001.

No âmbito da prevenção e assistência, a década de 90 caracterizou-se pela busca de consolidação dos princípios garantidos no texto Constitucional e pelo SUS, bem como pela tentativa de concretização de novas estratégias de prevenção ao uso indevido de drogas.

Quanto à assistência, uma das principais iniciativas nesse sentido foi a criação da Portaria n.º 224, do Ministério da Saúde (MS), de janeiro de 1992. Essa portaria estabelece a organização dos serviços para atendimento em saúde mental, as normas para funcionamento dos NAPS/CAPS, bem como a remuneração de novos procedimentos, como a consulta individual e em grupo por profissionais de diferentes categorias, oficinas terapêuticas em centros de atenção psicossocial, hospital-dia e a urgência e a internação em hospital geral (DIÁRIO OFICIAL, 1992).

Outra importante iniciativa se refere à mudança no financiamento dos serviços, para o custeio de intervenções ambulatoriais e hospitalares do SUS, visando a redirecionar os recursos financeiros para as modalidades assistenciais alternativas à internação em hospital psiquiátrico (ALVES et al., 1994).

No ano de 2001, considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o Ano Internacional da Saúde Mental e ano da realização

da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é finalmente aprovada a Lei Federal n°. 10. 216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental em consonância com as propostas e pressupostos da OMS.

Com o objetivo de viabilizar as deliberações da III Conferência, o Ministério da Saúde (MS) publicou algumas portarias, como a Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, que define normas e diretrizes para a organização de serviços, estabelecendo os CAPS em diversas modalidades, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional.

Além dessa portaria, o MS edita também a Portaria GM/816, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e de Outras Drogas, tendo em vista a necessidade de definição de estratégias para fortalecimento da rede de assistência aos usuários, centrada na atenção comunitária associada à área de serviços de saúde, com ênfase na reabilitação e inserção social desses indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Programa considera que a atenção psicossocial a pacientes com “[...] dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para tanto, Os CAPS ad são considerados pelo Programa como um dos principais dispositivos comunitários para esse fim, por tratar-se de mecanismos de comprovada resolutividade, compreendendo em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados “[...] que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias [...] dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com o Ministério (2004) os CAPS ad têm como objetivo oferecer atendimento diário à população por meio de atividades terapêuticas e de prevenção à comunidade, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, possibilitando o planejamento terapêutico, individualizado e de evolução contínua. Devem estar articulados à rede de saúde mental como ambulatorios, leitos psiquiátricos em hospital geral, hospital-dia e outras práticas comunitárias, como internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços, bem como à rede básica de saúde e de suporte

social existentes, com vistas à prevenção, reabilitação e reinserção social dos usuários.

Com esse referencial teórico-político, o MS (2004) elaborou a Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, em 2004, com a finalidade de normatizar a atenção a usuários de álcool e drogas, tendo como principais diretrizes os seguintes princípios:

- a integralidade e intersetorialidade das ações envolvendo principalmente as áreas de justiça, saúde, educação, cultura, social e de desenvolvimento, em parceria entre os diversos segmentos da sociedade;
- ações preventivas articuladas às demais políticas que visem a minimizar a influência dos fatores de risco sobre a vulnerabilidade dos indivíduos para o uso de drogas, levando em consideração a especificidade de cada parcela da população;
- reconhecimento de que a abstinência não é a única meta viável e possível aos usuários;
- mobilização e debate com a sociedade e o setor legislativo em várias esferas, para construção de arcabouços legais que amparem as ações necessárias.

Além das respostas do MS à problemática do uso indevido de drogas, a partir do final dos anos 90, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em substituição ao CONFEN, e o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) pela Medida Provisória nº.1.669, de 19 de junho de 1998, vinculada inicialmente à Casa Militar da Presidência da República e posteriormente, ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (SENAD, 2000).

A Secretaria foi criada durante a Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU sobre o Problema Mundial das Drogas, em Nova Iorque, pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em 1998, com o sentido de demonstrar e reafirmar para a comunidade internacional o compromisso brasileiro com as políticas internacionais de controle ao uso de

substâncias psicoativas (UNDCP, 1999).

Em 2000, foi criado o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pelo CONAD, o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, a SENAD, o Ministério da Justiça, o Departamento de Polícia Federal, entre outros, com a atribuição das atividades de repressão e prevenção do uso indevido de drogas.

Esse Sistema vem se pautando na concepção de “responsabilidade compartilhada” entre Estado e Sociedade, cuja idéia está centrada na adoção de um conjunto de intervenções integradas, por meio de parcerias envolvendo o nível internacional, nacional, estadual e municipal, e todos os segmentos da sociedade como forma de integrar as políticas públicas e oferecer maior resolutividade às ações (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2000).

No SISNAD, o planejamento e a coordenação das atividades de repressão ao tráfico ilícito de drogas estão sob a responsabilidade do Ministério da Justiça, cabendo à SENAD o desenvolvimento das ações de prevenção, tratamento e reinserção social dos indivíduos, pela fiscalização dos recursos, bem como por secretariar o CONAD.

De acordo com Oliveira (2004), o fato de as medidas de prevenção, tratamento e reinserção social estarem centralizadas em um órgão de Segurança Pública, pode levar a crer que essas atividades são direcionadas, prioritariamente, às substâncias ilegais dentro de uma concepção de repressão, visto que se trata de uma estrutura mais apropriada para esse fim.

Por outro lado, a realização de fóruns, nos diferentes níveis, vem propiciando a participação de diversos segmentos da sociedade como representantes de grupos de mútua ajuda, comunidades terapêuticas, instituições governamentais e não-governamentais, visando ao intercâmbio de experiências e proposição de ações para o estabelecimento de uma política nos três níveis de Governo.

A partir das propostas defendidas nesses fóruns, a SENAD, por meio do CONAD, elaborou a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Embora a formulação de uma política nacional sobre drogas estivesse em pauta desde a década de 80 no País, esta só se concretizou formalmente em 2001.

A PNAD, resultado da participação da sociedade, representa um avanço significativo no enfrentamento da questão das drogas no Brasil e se constitui na resposta das autoridades públicas à sociedade. É importante ressaltar que, apesar de essa Política ter se originado de um órgão de Segurança Pública, possui uma abordagem ampla do fenômeno, não se norteando apenas por

ações repressivas, mas também por princípios de prevenção, principalmente entre os jovens. Entre esses princípios, podemos citar: tratamento, recuperação, reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, estudos, pesquisa e avaliação (OLIVEIRA, 2004).

Por outro lado, o texto utilizado na introdução do documento que institui essa política “com a finalidade de eliminar, no País, o flagelo representado pelas drogas” e o emprego do termo “Antidrogas” denunciam um vínculo com a ideologia de combate às drogas, baseada na concepção equivocada da existência de uma sociedade livre de drogas. Essa idéia desconsidera os aspectos culturais do consumo de substâncias psicoativas e é influenciada por uma política internacional proibitiva comandada, principalmente, pelos Estados Unidos da América (OLIVEIRA, 2004).

A PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

A política de prevenção ao uso indevido de drogas no Estado do Espírito Santo vem se desenvolvendo em consonância com as diretrizes da política nacional. Assim, até a década de 80, a assistência aos dependentes químicos restringia-se também a internações em hospitais psiquiátricos.

A primeira tentativa de prestar assistência fora dos hospitais psiquiátricos deu-se pela iniciativa de empresas privadas, cujas conseqüências do consumo de álcool entre os trabalhadores se concretizava no elevado número de absenteísmo, de acidentes no ambiente de trabalho e na queda da produtividade profissional.

Tais custos motivaram as empresas a implementar programas de diagnóstico precoce e de tratamento do alcoolismo, visando à diminuição do problema no local de trabalho. A primeira experiência de intervenção nesse sentido foi implementada em 1983, pela empresa Telecomunicações do Espírito Santo (TELEST), que ficou conhecida como pioneira na tentativa de sistematizar a assistência ao alcoolista no Estado.

A partir dessa iniciativa, vários outros programas foram criados no período de 1983 a 1995, por diversas empresas, como a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), Companhia Ferro e Aço de Vitória (COFAVI), Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST), Espírito Santo Centrais Elétricas S.A. (ESCELSA), Aracruz Celulose e Companhia Espírito-Santense de Saneamento (CESAN) (ANTUNES et al., 1991).

Foi somente em 1985, que o Poder Público estadual passou a estruturar a atenção ambulatorial por meio do programa de atendimento ambulatorial ao alcoolista. Esse programa foi vinculado a três unidades básicas da Rede Pública de Saúde, com a finalidade de promover assistência ambulatorial e multiprofissional, pelo Serviço de Saúde Mental do Instituto de Saúde Pública (IESP) em dois centros de saúde, um situado no município de Vila Velha (Glória) e outro em Vitória, e do Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA), oferecido pelo Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), da UFES, na rede de saúde (ALMEIDA; CESCNETI, 1997).

Buscando atender às determinações da política nacional de assistência ao dependente químico, foi criado, pela Administração Municipal de Vitória, o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), primeiro CAPS do Estado, com o objetivo de proporcionar tratamento adequado e de maior complexidade aos usuários de álcool e outras drogas (TORRES, 2001).

O CPTT está credenciado ao SUS como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e funciona como uma estrutura intermediária entre as 27 unidades básicas de saúde de Vitória e a internação hospitalar. Além da assistência aos usuários de álcool e outras drogas e a seus familiares, atua em níveis de prevenção, pesquisa e capacitação de profissionais.

Uma das importantes contribuições do CPTT tem sido a discussão, desde 1998, de uma proposta de construção de uma Rede de Atenção ao Uso de Drogas em Vitória, em parceria com diferentes segmentos sociais governamentais e não-governamentais, tendo como premissa básica a ênfase à qualidade de vida.

A Rede tem como finalidade a articulação entre instituições públicas e ONGs, na implementação de ações de prevenção, assistência e reinserção social, estabelecendo fluxo de referência e contra-referência para tratamento nos diversos serviços da Rede, respeitando as diferenças institucionais e fortalecendo a troca de conhecimentos, a possibilidade de diálogo e, principalmente, buscando romper com o isolamento interinstitucional (TORRES, 2001).

Por outro lado, vale ressaltar que, embora os órgãos governamentais responsáveis pela saúde mental no Estado tenham incorporado os princípios do Movimento de Reforma Psiquiátrica, o Espírito Santo ainda mantém a predominância hospitalocêntrica na assistência aos pacientes com transtornos mentais.

Tal fato pode ser comprovado pelo elevado número de internações e de

recursos financeiros empregados nessa área, bem como pelos poucos serviços ambulatoriais existentes no Estado, visto que apenas 18,81% do total de recursos são investidos em serviços ambulatoriais de média complexidade, devido à escassez de serviços oferecidos nessas modalidades no Estado.

De acordo com a SESA (2001), o déficit no atendimento ambulatorial chega a aproximadamente 75% no conjunto dos procedimentos NAPS/CAPS e Oficinas Terapêuticas e a 50% para as consultas psiquiátricas.

A rede ambulatorial, sendo insuficiente, gera um elevado índice de reinternações. Ainda não há no Estado um serviço com suporte especializado para atender, por exemplo, à clientela infanto-juvenil e, mesmo com uma adequada integração dessas ações, a Estratégia Saúde da Família (ESF), há urgente necessidade de uma extensa capacitação em saúde mental aos profissionais de todas as áreas (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2000a).

A concentração de leitos na região sul do Estado, principalmente em Cachoeiro de Itapemirim, e a baixa oferta de serviços ambulatoriais são fatores preponderantes para o elevado índice de internações nessa região. A Clínica de Repouso Santa Isabel, de natureza privada e conveniada com o SUS, possui maior frequência de internações por problemas decorrentes do uso indevido de drogas no Estado.

O trabalho de prevenção e tratamento vem sendo desenvolvido por meio de estratégias e ações implementadas, principalmente, pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Secretaria de Estado da Educação (SEDU) e Secretaria de Estado de Justiça (SEJUS), no sentido de orientar e assessorar os municípios na constituição e construção de uma política local de prevenção ao uso indevido de drogas.

Na SESA, o trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas vem envolvendo três coordenações: a Coordenação Estadual de Saúde Mental, a Coordenação Estadual de DST/AIDS e a Coordenação Estadual de Controle de Tabagismo e Prevenção de Câncer (COESTAPP).

A Coordenação Estadual de Saúde Mental é responsável pela elaboração e implementação de uma Política Estadual de Saúde Mental, cuja finalidade é “[...] assegurar assistência biopsicossocial e os direitos às pessoas com transtornos psíquicos, criando condições para promover sua autonomia, integração, participação e reinserção social” (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2001).

Essa política traz como proposta a criação e organização dos serviços

baseados na substituição do modelo hospitalocêntrico, ainda predominante no Estado, pela atenção ambulatorial, comunitária e familiar na área de saúde mental, na qual a dependência química está inserida.

O trabalho da Coordenação Estadual de DST/Aids baseia-se no gerenciamento de projetos e na assessoria técnica aos municípios interessados em implantar programas na área de prevenção e assistência às DST/Aids e uso indevido de drogas.

Considerando o elevado índice de contaminação do vírus HIV com o uso de drogas injetáveis, a proposta de prevenção desenvolvida pela Coordenação tem como objetivo a redução da contaminação do HIV/Aids pelo compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas injetáveis e a redução da transmissão sexual pela negligência no uso de caminha devido ao efeito das demais drogas.

Nessa lógica, as ações implementadas pela Coordenação não se destinam, especificamente, à redução do consumo de drogas, e sim à transmissão do vírus HIV associada ao consumo de drogas.

O trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas é desenvolvido desde 1995, pelo Projeto Aids/Escola, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e Educação, e destas com as respectivas Secretarias Municipais, numa tentativa de garantir o compromisso do Poder Público local em apoiar e facilitar a implantação e o desenvolvimento dessa proposta.

O projeto Aids/Escola, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, tem como objetivo “[...] promover a sensibilização, orientação e capacitação de professores da rede pública, visando a torná-los agentes multiplicadores de informações básicas sobre prevenção das DST/Aids e abuso de drogas no trabalho com crianças, adolescentes e adultos jovens” (SESA, 1998).

No âmbito municipal, a Prefeitura de Vitória, pela Secretaria Municipal de Saúde, já vem desenvolvendo, desde 1991, o trabalho Risco Social: Programa de Prevenção às DST/Aids e ao Uso Indevido de Drogas Entre Crianças e Adolescentes, pela Rede Municipal de Saúde, Educação, Ação Social e Esportes.

O trabalho vem sendo implementado em parceria entre as Secretarias dessas respectivas áreas e a Universidade Federal do Espírito Santo, norteado pelos princípios da intersetorialidade e interdisciplinaridade, devido à complexidade dos fenômenos abordados.

Quanto às estratégias de redução de danos, até o final do ano de 2001, não havia no Estado ação pautada nessa abordagem, com exceção do trabalho

desenvolvido pela COESTAPP que, por meio dos Núcleos de Apoio ao Fumante, oferece ao usuário tratamento medicamentoso com reposição de nicotina.

À semelhança do que ainda ocorre no País, a proposta de estratégias de redução de danos, principalmente, a troca de seringas, é uma questão muito polêmica no Estado. Observa-se, até o ano de 2001, uma certa “má vontade” política, tanto das autoridades públicas como de alguns segmentos da sociedade e até de muitos profissionais de saúde, na implantação desses programas.

Essa postura fundamenta-se na concepção de abstinência como única forma de tratar a questão das drogas e na idéia de que os programas de substituição de drogas pesadas por drogas leves e de trocas de seringas, além de causar prejuízos ao dependente químico, podem estimular o consumo dessas substâncias.

Por outro lado, alguns fatores, como o aumento do índice de infecção do vírus HIV por uso de drogas injetáveis, em torno de 15% até 2000, a crescente demanda, bem como a pressão do MS por esse tipo de intervenção, e a falta de técnicos capacitados para trabalhar com essa abordagem, contribuíram para que algumas autoridades capixabas adotassem essa modalidade de assistência (S SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2000c).

Assim, em 26 de setembro de 2001, foi aprovação a Lei Estadual de nº. 6.769, que autoriza aos serviços de saúde a aquisição e troca de seringas descartáveis entre usuários de drogas injetáveis, visando à redução desse índice no Estado (DIÁRIO OFICIAL, 2001).

A Coordenação Estadual de DST/Aids, respaldada nessa Lei, iniciou a implantação, em novembro de 2001, do Programa de troca de Seringas no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM).

O programa tem como objetivo a redução do vírus HIV por uso de drogas injetáveis. Para tanto, a proposta da coordenação é a capacitação dos profissionais de saúde, principalmente, os agentes comunitários de saúde do PACS e as equipes da Estratégia Saúde da Família, para desenvolver o trabalho comunitário, além de assessorar os municípios que têm maior índice de infecção do vírus na implantação do programa.

No âmbito municipal, onde o índice de infecção do vírus HIV pelo uso de drogas injetáveis corresponde a 12,5%, o CPTT, em parceria com o Centro de Referência DST/Aids, realizou a primeira capacitação técnica

de abordagem aos usuários de drogas injetáveis, com o curso Prevenção ao HIV/DST e às Hepatites B e C na Lógica da Política de Redução de Danos do Ministério da Saúde, em agosto de 2001.

A proposta é a implementação de um programa de redução de danos em Vitória, pela articulação política entre os Governos municipal e estadual, e sua interface com o Ministério da Saúde e parceria com organizações não-governamentais, a comunidade e, sobretudo, com usuários e usuários em tratamento.

Além da proposta de implantação do Programa de Redução de Danos, foi criada em Vitória, em 15 de outubro de 2001, a primeira Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD) do Estado. A ACARD foi criada por iniciativa de profissionais da saúde, inclusive de técnicos do CPTT, usuários de drogas em tratamento e comunidade.

A Associação tem com objetivo a prevenção de infecção do vírus HIV e das hepatites B e C, dentre outras, entre usuários de drogas injetáveis e sua rede de interação social. Sua metodologia de trabalho é bem semelhante a dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e associações de outros Estados brasileiros, cuja abordagem se dá no local onde há o consumo, principalmente por usuários e usuários em tratamento, conhecidos como redutores de danos.

Essa proposta, ainda que incipiente, pode ser considerada como um grande avanço, pois sabe-se que o preconceito e a discriminação social, relativos ao uso de drogas, têm causado um sério prejuízo à saúde da população em geral, visto que é crescente a incidência do vírus HIV e das hepatites B e C, e vem provocando um processo de exclusão social do usuário de drogas.

No que tange ao tabagismo, a COESTAPP, seguindo as orientações do Instituto Nacional de Câncer (INCA), vem desenvolvendo ações informativas oferecendo: apoio aos municípios com orientações e materiais para a realização das campanhas de informação ao público em geral; ações legislativas oferecendo suporte na elaboração de leis de controle de uso do tabaco e sua divulgação no Estado; e ações educativas com capacitação de profissionais para implantação do Programa Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer em três canais comunitários: Unidades de Saúde (US Livre do Cigarro), Empresas Públicas ou Privadas (Ambientes de Trabalho Livre do Cigarro) e Escolas (Saber Saúde) (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2000b).

A COESTAPP oferece, ainda, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, apoio terapêutico aos fumantes que desejam abandonar

a dependência por meio de Grupos de Apoio Terapêutico ao Fumante. Até o ano 2000, foram implantados no Estado cinco núcleos que oferecem esse apoio. São eles: Centro de Referência e Especialidades (CRE), no município de Vila Velha; Centro de Saúde da Glória, também em Vila Velha; NUTTAP, no Centro de Tratamento de Toxicômanos (CPTT), no município de Vitória; Centro de Referência e Especialidades, também em Vitória; e Regional Colatina, no município de Colatina.

As estratégias são desenvolvidas respeitando o princípio da municipalização das ações de saúde no Estado. Assim, cada município realiza as campanhas e as ações de implantação do programa nos diversos canais, sob a orientação dos coordenadores municipais.

No âmbito da prevenção primária, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, vem desenvolvendo, em todo o País, o “Programa de Prevenção do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Unidades Escolares: Saber Saúde”, com o objetivo de reduzir a exposição aos fatores de risco de câncer desde a infância e adolescência, utilizando ações educativas desenvolvidas no âmbito escolar, realizadas em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Estado da Educação.

Além das escolas, as unidades de saúde também funcionam como importante espaço para o desenvolvimento de ações educativas voltadas para estimular mudanças de comportamento na população, no que tange à exposição aos principais fatores de risco de câncer, especialmente o tabaco. Nesse contexto, os profissionais têm um papel preponderante para o sucesso dessas ações, visto que exercem grande poder de influência nos indivíduos que buscam os serviços de saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1999b).

Assim, o INCA elaborou o “Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Unidades de Saúde”, objetivando, inicialmente, atingir as unidades de saúde e seus profissionais e, numa segunda instância, os clientes das unidades de saúde.

Aqui no Estado, com o “Programa Unidades de Saúde Livres do Cigarro”, a Coordenação Estadual vem desenvolvendo, desde 1999, um trabalho com os profissionais de saúde, conscientizando-os sobre o papel que a unidade desempenha na promoção de saúde e a imagem do profissional de saúde como modelo de comportamento para a comunidade, buscando, com isso, criar um ambiente propício para o aconselhamento do paciente fumante a desenvolver uma atitude favorável ao abandono da dependência

(SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1999a).

Na segunda etapa, denominada “Abordagem Mínima do Fumante”, o programa busca instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias que lhes possibilitem desenvolver uma abordagem mínima e eficaz no atendimento ambulatorial.

Além dessa ação, o INCA também vem desenvolvendo, em todo o País, o “Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Ambientes de Trabalho”. O programa visa à promoção da saúde pelo controle dos fatores de risco, como uso de tabaco, uso indevido de álcool, hábitos alimentares inadequados, exposição excessiva ao sol, exposição ocupacional e sedentarismo, bem como oferece estímulos aos fatores protetores.

No âmbito do Estado, a Coordenação vem implantando o “Programa Ambiente Livre do Cigarro” desde o ano de 1999 e, até o ano de 2000, vinte empresas já desenvolviam a proposta no ambiente de trabalho (SESA, 1999c).

Na área da educação, a prevenção ao uso de drogas nas escolas deve ser abordada dentro dos Temas Transversais, a partir dos novos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). De acordo com essa proposta, o educador deve mencionar a questão do uso indevido de drogas nas próprias disciplinas oferecidas no ensino infantil, fundamental e médio. A abordagem, no entanto, não deve centrar-se na droga em si; deve ser direcionada para a valorização do indivíduo e da vida.

As ações de prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas vêm sendo desenvolvidas em parceria interinstitucional que compreende, principalmente, a SEDU e a SESA, por meio da Coordenação de DST/Aids e da COESTAPP. A parceria com a SESA, por meio dessas duas Coordenações, objetiva promover a capacitação dos educadores para auxiliá-los no trabalho preventivo visando, sobretudo, à não iniciação ao consumo de drogas entre os alunos, apoiada no discurso de valorização do indivíduo e da vida..

Além do trabalho desenvolvido pela SESA, é importante ressaltar a contribuição da Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS) para a questão da prevenção ao uso de drogas no Estado. Uma das contribuições mais importantes foi, sem dúvida, a criação e implantação do Sistema Estadual Antidrogas (SIESAD) e do Conselho Estadual Antidrogas (COESAD), pelo do Decreto n°. 4.471-N, de 15 de junho de 1999.

O SIESAD compreende todos os órgãos e entidades da Administração

Pública e entidades privadas que exercem atividades nessa área. São eles: o COESAD, os órgãos da Vigilância Sanitária e da Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde; as Polícias Militar e Civil da Secretaria de Estado da Segurança Pública; O Conselho Estadual de Educação; os Estabelecimentos Penais e o Instituto Espírito-Santense do Bem-Estar ao Menor, da Secretaria de Estado da Justiça; e a Representação de Entidades Privadas que exercem atividades de prevenção e recuperação de dependentes. Compete, no entanto, à Secretaria de Estado da Justiça exercer as funções de Órgão Central desse Sistema, pelo Conselho Estadual Antidrogas.

O COESAD é um órgão normativo de deliberação coletiva que tem como principal finalidade propor ações de prevenção e tratamento, articulado aos demais Órgãos do Estado e à sociedade, além de elaborar planos, exercer orientação normativa e assumir a coordenação geral das atividades relacionadas com o tráfico e uso de substâncias químicas que determinem dependência (DIÁRIO OFICIAL, 1999).

Para condução dos seus trabalhos, o colegiado conta com uma Comissão Técnica que vem atuando sistematicamente, oferecendo suporte na discussão e análise de propostas nessa área, principalmente no que tange ao estímulo à participação da sociedade na discussão da política de prevenção ao uso indevido de drogas, por meio dos fóruns estaduais antidrogas.

Por outro lado, mesmo com esforço das autoridades públicas na criação e organização de um Sistema Estadual Antidrogas para elaborar, coordenar e acompanhar a política no Estado, observam-se ainda poucos recursos destinados às ações nessa área. A ausência de dados sobre o consumo de drogas entre a população capixaba e a falta de informações e acompanhamento das instituições que prestam assistência ao dependente químico são algumas situações que suscitam maior investimento no setor.

A inexistência de um banco de dados contendo informações sobre o consumo de substâncias psicoativas entre a população capixaba tem levado os órgãos públicos a planejarem suas ações com bases nos dados de grupos específicos de outras Capitais brasileiras, e até mesmo por meio de denúncias veiculadas na mídia acerca desse consumo.

Outro dado importante refere-se à pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos Sobre Álcool e Outras Drogas (NEAD), da Universidade Federal do Espírito Santo. Segundo esse estudo, existia até 2001, um total de 137 instituições que prestam atendimento nessa área. Destas, apenas dezessete eram governamentais (SIQUEIRA, 2001).

Esses dados evidenciam que, embora se observe, desde a década de 60, um maior comprometimento das autoridades públicas na implantação de ações e serviços nessa área, o tratamento das dependências químicas é ainda majoritariamente implementado pela sociedade, por meio das Organizações Não-Governamentais.

Essa situação vem demonstrando a necessidade de maior investimento por parte do Estado na implantação de serviços próprios de prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas, pois a parceria com a sociedade civil não deve significar omissão ou desresponsabilização do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, as tentativas de intervenção na questão das drogas devem ser apreendidas, assim como qualquer outro fenômeno, baseadas na idéia de processo. A partir desse breve resgate histórico-social das políticas implementadas pelas autoridades públicas, é possível perceber que o Estado brasileiro vem demonstrando um maior empenho em enfrentar a questão do uso indevido de drogas no País. Sabe-se, no entanto, que algumas de suas respostas têm sido motivadas, principalmente, em função da pressão externa de uma política internacional de combate às drogas promovida, principalmente, pelos Estados Unidos.

Por outro lado, essas políticas conduzidas, principalmente pelo Ministério da Saúde e pela SENAD, têm avançado significativamente na compreensão e abordagem do fenômeno, à medida que as ações implementadas pelas autoridades públicas deixam de enfatizar e priorizar os princípios de redução de oferta para investir também na prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, a partir da perspectiva de redução de danos sociais e à saúde dos indivíduos que fazem uso dessas substâncias.

Dessa forma, na implementação dessas políticas, os programas devem abranger todas as áreas de prevenção, visando desde o desestímulo ao uso inicial até a redução das conseqüências negativas, sociais e de saúde decorrentes do uso, bem como a integração social do dependente.

Como conseqüência, as ações educativas historicamente centradas na abordagem da droga devem pautar-se no discurso da valorização do indivíduo e da vida e integrar-se nos programas mais amplos de bem-estar social, nas políticas de promoção da saúde e nos programas de educação preventiva,

visando à possibilidade, entre os indivíduos, de construção de projetos de vida individualizados que comportem opções mais produtivas e outras alternativas como fonte de prazer.

Essas políticas reconhecem a juventude como um dos grupos sociais mais expostos e vulneráveis às drogas e vêm elegendo o jovem como público-alvo dessas ações, bem como a escola como espaço privilegiado para implementação de práticas preventivas.

A prática hegemônica de internação e isolamento, utilizada até então como única alternativa de tratamento, passa a ser desestimulada em favor do tratamento ambulatorial, que foi se constituindo como um espaço privilegiado de atenção ao dependente químico, visto que ainda se verifica não só uma predominância hospitalocêntrica no tratamento, como também a necessidade de maior investimento em outras modalidades de atendimento.

Essas políticas têm como pressupostos a cooperação internacional e parcerias interministeriais, visando à implementação de ações integradas e ao incentivo à ampla participação e engajamento de grupos organizados da sociedade e de instituições, como escolas, entidades de pesquisa, grupos de auto-ajuda, comunidades terapêuticas e organizações não-governamentais.

No campo da terapêutica, recomendam ações apoiadas em diferentes saberes e aportes teórico-técnicos que possibilitem a apreensão do fenômeno, bem como em diversas alternativas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e de promoção em saúde.

Esses são alguns dos princípios que permitem demonstrar, como já foi colocado, o avanço significativo dessas políticas na compreensão do fenômeno do consumo de drogas e na intervenção com os usuários, porém são muitos os desafios para sua efetivação, principalmente, no que tange à sustentação técnica, política e, sobretudo, financeira para a implantação dessas ações.

Vale ressaltar que essas políticas são resultados de um processo de construção desde os anos 80 e se constituem em conquistas de diversos segmentos organizados da sociedade que acreditam na possibilidade de implantação de intervenções pautadas na preservação da liberdade individual e na supremacia dos direitos humanos. Sendo assim, cabe, principalmente, a essas políticas exercer a sua função de acompanhar e fiscalizar para que os princípios, estratégias e ações que norteiam essas políticas se efetivem de fato.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. C. M. N.; CESCUNETI, V. B. **Ficar pra quê? Motivos alegados por pacientes para abandono ao tratamento.** 1997. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1997.

ALVES, D. S. N. et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

ANTUNES, A. A. et al. **Status, poder e prazer na trajetória de assistentes sociais em programas de dependência química.** 1996. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)–Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1996.

BRASIL. Portaria n° 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União,** Brasília, 1992.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei Estadual n°. 6769, de 26 de setembro de 2001. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo,** Vitória: Secretaria de Estado da Justiça, 2001.

_____. Decreto-lei n°.4.471-N, de 15 de junho de 1999. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo,** Vitória: Secretaria de Estado da Justiça, 1999.

FIGUEIREDO, T. A. M. **O adolescente, as drogas e a escola:** representações do educador. 1997., 115 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis: polêmica nacional. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Trocas de seringas: drogas e AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: MESQUITA, F.; BASTOS F. I. **Drogas e aids:** estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: SVS/CN-DST/AIDS, 2004.

OLIVEIRA, C. J de. O Enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. In: BRAVO, M. I. et al. (Org.). **Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro: Cortez/UERJ, 2004.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). Disponível em: www.senad.gov.br. Acesso em: 6 dez. 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SESA). Análise da situação epidemiológica da Aids no Espírito Santo até novembro de 2000. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS/ES**, Vitória, n. 5. maio/2000 a nov. /2000c.

_____. **Plano estadual de saúde**. Disponível em: www.saude.es.gov.br 2000a. Acesso em: 6 dez. 2000.

_____. **Política de saúde mental**. Vitória: SESA/Coordenação de Saúde Mental, 2001.

_____. **Relatório de consultoria do Programa AIDS/Escola**: Prevenção das DST/AIDS e o uso indevido de drogas entre crianças, adolescentes e adultos jovens – 1995 a 1998. Vitória: SESA/ CE DST/AIDS, 1998.

_____. **Relatório Semestral da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Unidades de Saúde do Espírito Santo**. Vitória: SESA/COESTAPP, 1999a.

_____. **Relatório Anual da Implantação do Programa Saber Saúde Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Unidades Escolares do Espírito Santo**. Vitória: SESA/COESTAPP, 1999b.

_____. **Relatório Semestral da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Ambientes de Trabalho do Espírito Santo**. Vitória: SESA/COESTAPP, 1999c.

_____. **Relatório 2000**. Vitória: SESA/COESTAPP, 2000b.

SILVA, R. C. Política do Ministério da Saúde na Área de Drogas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS, 11. 1995. Belo Horizonte. **Anais** Belo Horizonte: ABEAD, 1995.

SIQUEIRA, M. M. Drogas: um problema que requer solução. In: **FÓRUM ESTADUAL ANTIDROGAS**. 2., 2001, Vitória. Anais Vitória: SEJUS/COESAD, 2001.

TORRES, M. A. P. Rede de atenção ao uso de drogas em Vitória. In: **FÓRUM ESTADUAL ANTIDROGAS**, 2. 2001, Vitória. Anais SEJUS/COESAD, 2001.

Programa das Nações Unidas para o controle internacional das drogas. Brasil: dez anos de compromisso. Brasília: UNDCP, 1999.

VELHO, G. O consumo da cannabis e suas representações culturais. In: SABINA, M. (Org.). **Maconha em debate**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

A OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES PRIVADOS NA

GRANDE VITÓRIA (ES): CAUSAS E PERSPECTIVAS

Heloisa Pereira da Fonseca
Alcir Ramos Silva

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O leito, ou cama, em suas diferentes formas e utilizações, tem sido destinado, também, ao longo dos tempos, ao repouso de pessoas acometidas por mal-estar ou doenças, podendo estar localizado em espaços domésticos ou outros reservados para tratamentos ou cuidados especiais.

Os leitos hospitalares não representam apenas o local onde permanece o indivíduo que procura conforto e cura para a doença pela qual foi acometido. Eles fazem parte do complexo hospitalar nos níveis de média e alta complexidade de assistência à saúde coletiva. Se, por um lado, significam grandes custos ao sistema de saúde brasileiro, por outro, eles constituem um campo de estudo importante e desafiador, devido às suas variadas utilizações. Pertencem ao grupo de indicadores que procuram avaliar o nível de saúde dos grupos populacionais. Na forma de parâmetros, internacionalmente aceitos, eles interferem nas decisões tomadas na esfera do planejamento da capacidade instalada de serviços de saúde, na instalação de programas direcionados à população e nas tecnologias a serem utilizadas na esfera clínica. Esses leitos constituem um elemento imprescindível à operacionalização do sistema hospitalar e atenção dispensada à saúde coletiva, pois a resolução dos problemas no âmbito da saúde coletiva depende, muitas vezes, do equilíbrio entre sua oferta e demanda. Sua utilização acarreta, também, implicações econômica e ética.

No Brasil, segundo as normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde do Ministério da Saúde (1979, p. 34), é considerado como leito hospitalar:

[...] a cama destinada à internação de um paciente no hospital. Não se deve considerar leito hospitalar: a) cama destinada a acompanhante; b) camas transitórias utilizadas nos serviços complementares de diagnóstico e tratamento; c) camas de pré-parto e recuperação pós-anestésica e pós-operatória; d) camas da Unidade de Tratamento Intensivo; e) berços destinados a recém-nascidos saudáveis; f) camas instaladas nos alojamentos de médicos e pessoal do hospital.

Essa definição é universal e, por conseguinte, permite o estabelecimento de comparações, no tempo e espaço, de trabalhos estatísticos, de planejamento, dentre outros, necessários à gestão dos serviços de saúde.

Dentre as suas variadas utilizações, o leito hospitalar é um dos importantes índices de avaliação interna dos serviços prestados pela equipe de saúde do hospital, e de avaliação externa do nível de saúde de uma população.

De acordo com Laurenti et al. (1987), a Organização das Nações Unidas (ONU), no início da década de 1950, ao buscar métodos que fossem satisfatórios para a definição e avaliação do nível de vida de uma determinada população, convocou especialistas para compor um grupo de trabalho, que concluiu ser impossível a utilização de um só índice que pudesse traduzir o nível de vida de uma dada população e que tivesse, ao mesmo tempo, uma aplicabilidade em nível internacional. A forma pluralista de se trabalhar, ao se considerar vários componentes que fossem passíveis de mensuração do nível de saúde da população, se tornou a mais viável. Doze índices foram sugeridos pelo referido grupo, dentre eles, a saúde, incluindo as condições demográficas.

O entendimento com relação à definição do que se deve ou se quer medir em saúde é um tanto complexo devido à dificuldade que existe sobre a própria definição do estado de saúde ou da doença. Laurenti et al. (1987, p. 162) afirmaram que, embora “[...] existam indicadores aceitos e utilizados há muito tempo”, é difícil mensurar a saúde.

Carvalho, Eduardo e Grabois (1998, p. 22) definem os indicadores de saúde como:

Formas numéricas ou não, obtidas a partir dos Sistemas de Informação, como saídas a partir dos dados coletados, utilizados para se mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer, quantitativa e qualitativamente, e, a partir desse conhecimento, intervir para alcançar metas e objetivos.

Os leitos hospitalares, segundo Rouquayrol (1993, p. 45), são também entendidos como parâmetros, quando utilizados:

[...] internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos

de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (apud MALIK; SCHIESARI, 1998).

Esses indicadores permitem que padrões sejam estabelecidos e que sua evolução, ao longo dos anos, seja acompanhada. Desse modo, decisões podem ser tomadas de forma adequada tanto na esfera do planejamento da capacidade instalada de serviços de saúde, tecnologias disponíveis e sua distribuição, e instalação de programas, bem como na esfera clínica, com relação à pertinência terapêutica, o momento e a forma da utilização dessa tecnologia. Além disso, esses indicadores têm implicações econômica e ética, na utilização dos recursos de acesso disponível ou restrito.

A complexidade da realidade social só pode ser conhecida com a associação de vários indicadores, a comparação entre eles, e em espaços e tempos diferentes. Para a ONU os indicadores gerais de saúde dividem-se em três grupos: a) globais (razão de mortalidade proporcional ao coeficiente geral de mortalidade e esperança de vida ao nascer), específicos (coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis); b) os que estão relacionados com as condições do meio, como saneamento básico, e que interferem ou têm influência sobre a saúde; e c) os que procuram quantificar recursos humanos e materiais relacionados com as atividades de saúde, como o número de profissionais e de unidades básicas de saúde e o número de leitos hospitalares, dentre outros, em relação a uma determinada população (LAURENTI et al., 1987).

A responsabilidade do processo decisório, sobre as metas e objetivos a serem traçadas no atendimento à saúde, recai tanto sobre os profissionais da área de saúde, quanto sobre as respectivas comunidades envolvidas. Os tomadores de decisão se encontram no âmbito das sociedades ou dos grupos de pessoas que passarão a usufruir os resultados obtidos — ou sofrer com eles.

Lebrão (1997, p. 61-2) acena para a possibilidade de se estar:

[...] medindo mais a oferta de recursos do que realmente a necessidade da população. Em locais onde a oferta é menor do que o necessário, a demanda será pequena, situação imposta pela falta de recursos. Por outro lado, a existência de grandes centros hospitalares e especializados tenderá a atrair a demanda.

Desse modo, a oferta ou o dimensionamento dos leitos hospitalares, para uma região e num determinado tempo, estão ligados ao planejamento do sistema de saúde. Como não existe processo de planejamento perfeito, cabe a quem planeja a obrigação de buscar os métodos mais adequados e estar engajado nos moldes da política de saúde e de conformidade com as necessidades da população.

Considera-se já ser de senso comum o fato de que o processo saúde/doença é um processo social, por ser caracterizado pelas relações do homem com outros homens e com a natureza, numa determinada região (espaço geográfico) e num determinado tempo histórico.

O estudo da relação entre a oferta de leitos hospitalares e a demanda populacional e suas necessidades deve ser considerado, já que o número de leitos hospitalares ofertado em uma região constitui importante indicador de produtividade que, aliado a outros indicadores de igual importância, caracterizam um panorama das necessidades reais da comunidade e dos custos necessários para se poder viabilizar uma eficiente e eficaz assistência à saúde de uma determinada população.

Para Bittar (1999), as pesquisas operacionais, raras em nosso meio, são importantes para o dimensionamento de unidades de serviços diversos e para a viabilização de programas a serem ofertados a uma comunidade. Com relação às pesquisas na área de saúde, ele chama à atenção para a sobreposição com os serviços e programas já existentes, inclusive com os das instituições sociais que possuem os mesmos objetivos, a fim de evitar altos custos quando da ociosidade ou sobreposição.

O sistema de saúde brasileiro vem passando, após a promulgação da Constituição Federal, de 1988, por uma fase de transição. No art. 196, ela determina ser a saúde “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 117).

Castelar (1995, p. 47) afirma que o sistema de saúde brasileiro tem procurado:

crystalizar-se num Sistema único, descentralizado na amplitude de suas ações. Vem sofrendo gradativas mutações que procuram uma situação caracterizada pelo hospitalocentrismo, para uma outra onde o hospital deixe de ser o principal

provedor de cuidados de saúde no Brasil.

Sobre a situação do Sistema Único de Saúde (SUS), Castelar (1995, p. 47) ressalta que conflitos existem devido à sua baixa cobertura aliada a uma concentração de alta densidade tecnológica, mais direcionada aos grandes centros urbanos no nível hospitalar privado e de poucos hospitais públicos, e que “[...] não é de se estranhar que a estrutura hospitalar brasileira nem sempre traduza parâmetros bem definidos, nem que a resposta à demanda não seja devidamente analisada nos seus aspectos quantitativos e de resolutividade”, ainda que os critérios de ordem epidemiológica e demográfica não sejam levados em conta pelos hospitais, ao desempenharem o seu papel na prática de suas atividades — assistenciais, educacionais, de ensino e pesquisa.

Sua conclusão a respeito da atuação do SUS é de que ele ainda não responde às necessidades de saúde da população e que, dada à falta de um planejamento central, nos níveis federal, estadual e municipal, hospitais são criados ou ampliados por motivos outros que ela pensa ser de

[...] clientelismo político, incapacidade gerencial — independente das necessidades reais da população como um todo ou daquelas referentes a regiões específicas [...] gerando inclusive superposição desnecessária de oferta [...] essa mesma falta de planejamento e articulação conduziu à pulverização de tecnologias de alta complexidade, sem conseguir dar conta de uma demanda real e onerando indevidamente os custos assistenciais [...] o hospital brasileiro que continua centralizando a prestação de cuidados de saúde — hospitalocentrismo — enfrenta o grave problema da ampliação da demanda social, aliada à magnitude da recessão econômica e da progressiva carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos (CASTELAR, 1995, p. 48).

A respeito do que se pode fazer para conciliar os fatores negativos que influenciam a não viabilização do que nos determina a Constituição Federal brasileira, e que propicia o aparecimento do panorama descrito anteriormente, Castelar (1995, p. 48) prossegue, ponderando:

[...] o processo gerencial exige mais habilidade e conhecimento, tornando indispensável a capacidade de desencadear intencionalmente ações que direcionem as práticas dos diversos atores, internos e externos. Modernamente, a prática gerencial é tida como crítica e estratégica para o enfrentamento das demandas e desafios a que está submetida. Considerada nos seus vários escalões

cabe-lhe, num nível mais elevado, definir o papel de cada hospital e sua inserção, urgindo definir as políticas a nível loco-regional, com planos específicos para cada região.

A Medicina, em torno de 2010, será o resultado de grandes transformações relacionadas, principalmente, com a introdução de novas tecnologias e mudanças nos procedimentos adotados no atendimento à saúde, do processo de desmedicalização (com a mudança do tradicional foco curativo das doenças para o foco preventivo na busca da manutenção da saúde) e na busca do ser humano por melhor qualidade de vida (VELASCO, 1998).

Conseqüências poderão advir dessas novas mudanças, como: a) provocar nas pessoas maior consciência sobre o processo preventivo da eliminação das doenças e de hábitos de alto custo social, que, aliada aos avanços da Medicina genética, inevitavelmente promoverão o aumento da vida média dos seres humanos, que poderão se beneficiar com a melhoria na sua qualidade de vida; b) trazer um retorno do médico de família, com atendimento domiciliar. Esse fato, conhecido como desospitalização, ao promover a dispensa da necessidade da hospitalização, poderá reduzir o número de hospitais e, em decorrência, o número de leitos; c) promover maior competição entre os agentes de saúde, com a redução do poder dos médicos e elevação da importância das atividades de enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e demais profissionais da saúde; e d) acarretar o surgimento de vários problemas éticos e bioéticos advindos dos novos conhecimentos de genética (VELASCO, 1998).

Novas oportunidades de sistemas de provisão que melhor atendam às reais demandas de necessidades das coletividades humanas têm surgido na forma de hotéis para idosos e clínicas de Medicina de esporte, por exemplo, provocando uma divisão de mercado pouco discutida e difundida no Brasil, embora com ênfase em outros países.

Essa é uma realidade comum nos ramos de produção, que tem desenvolvido sistemas competitivos em variadas áreas de serviços, inclusive na hospitalar e em outras de provedores de cuidados da saúde. Essa nova investidora dos empreendedores da área de saúde proporciona uma forma de divisão de mercado, discutida também de maneira mais ampla em vários países e, em menor escala, no Brasil.

Por tudo isso é que se pode afirmar que a função do hospital e a oferta de

leitos hospitalares por mil habitantes estão passando por mudanças que devem ser discutidas, a fim de que sejam adequadas às necessidades da população, da coletividade e não ocorram apenas por vontade de grupos com interesses que não o de procurar a melhoria do atendimento à saúde.

Após o período pós-guerra (1939 – 1945), a Inglaterra foi o primeiro país a iniciar, de modo planejado, a desativação de leitos hospitalares, gerando, assim, o fechamento de alguns de seus hospitais. Nos Estados Unidos, já na década de 1970, ocorreu desativação de leitos hospitalares, sem prejuízos para a população, a qual foi redistribuída por leitos disponíveis em regiões próximas. Essa mesma tendência foi observada na província de Quebec (Canadá), onde o Governo vem trabalhando em prol da diminuição de leitos de internação, mesmo tendo sido ofertados apenas 2,5 leitos hospitalares por mil habitantes, no ano de 1998 (DUARTE, 1999).

Em relação à América do Sul e Caribe Latino, segundo Duarte (1999, p. 5), Paganini e Novaes (1994) sustentam que,

[...] desde 1960 vem-se observando na América do Sul uma diminuição progressiva de número de leitos por mil habitantes em todos os países, exceto no Brasil, que no período de 1960 a 1990 passou de 3,0 para 3,6 leitos por mil habitantes. A mesma tendência foi observada no Caribe Latino, onde apenas Cuba aumentou a oferta de leitos hospitalares nesse mesmo período.

A oferta de leitos hospitalares tem diminuído em diversos países. Vários estudiosos, entre eles, Duarte (1999), Velasco (1998) e Bittar (1997), concordam que a redução na demanda de leitos hospitalares foi influenciada por vários fatores, citando como os mais importantes: a) inovações tecnológicas introduzidas na área de saúde; b) aumento da resolutividade ambulatorial; c) declínio dos tempos médios de permanência hospitalar; d) mudança no paradigma do atendimento a patologias do tipo tuberculose e hanseníase; e e) novos modelos de atenção relacionados com a saúde mental e com a saúde do idoso.

Del Nero (1995) enfatiza a importância que a colaboração multidisciplinar desempenha no processo de entendimento do significado das necessidades dos serviços de saúde e das relações entre sua oferta e/ou demanda, em face das diferentes e variadas interpretações sobre aspectos específicos dessa área. Ele afirma que vários estudos críticos sobre demanda e oferta de serviços de saúde tornam-se incoerentes e muitas propostas, inviáveis na implementação,

devido às especificidades da área da saúde e suas diferentes e diversificadas interpretações.

Assim sendo, o entendimento dos empresários e dos usuários sobre a relação entre a oferta e a demanda faz-se tão importante quanto o entendimento das necessidades e da utilidade dos serviços de saúde. Esse processo implica importantes análises sobre interesses comerciais diversos (equipamentos, materiais e medicamentos), variadas formas de planos de saúde ofertados e demais prestadores de serviços, bem como sobre o papel que todos os profissionais da área da saúde, principalmente os médicos, desempenham nas decisões de consumo desses serviços, e a fundamental importância da função que o Estado desempenha, ou melhor, deve desempenhar na regulamentação da oferta e da demanda dos serviços de saúde. De forma bastante clara, Del Nero (1995, p. 11) afirma ainda:

Mais que nunca o papel do Estado na regulamentação da oferta e da demanda de serviços de saúde é fundamental. O setor saúde parece ter sido esquecido, ou então, existem interessados em manter o status quo. Outros setores terciários da economia já possuem mecanismos reguladores claros e eficientes.

Esse autor conclui que os mecanismos utilizados para a regulamentação do mercado de saúde ainda se encontram em estágios iniciais na sua concepção e aplicação.

Sobre esse assunto, Lunes (1995) pondera que a demanda por serviços de saúde, do ponto de vista individual, é imprevisível e torna-se irregular, devido a vários fatores. Dentre eles: a falta de precisão do indivíduo quanto ao momento da necessidade da atenção médica, o sucesso do atendimento, baseado em experiência ou procedimentos anteriores que não pode ser garantido e a presença dos seguros no mercado de serviços de saúde, provocando o que os economistas chamam de custo zero ou cerca de zero. Isto é, o seguro saúde reduziu, de forma drástica, o preço pago pelo consumidor que, por sua vez, procura consumir serviços de saúde até o ponto em que o benefício obtido seja igual ou perto de zero.

O autor exemplifica seu pensamento com tipos de procedimentos desnecessários, dentre eles: paciente que permanece internado um período maior que o necessário, exames solicitados apenas por cautela excessiva e sem real necessidade e procedimentos que poderiam ser feitos no nível ambulatorial são realizados sob o regime de internação hospitalar, de forma desnecessária,

por exigência de determinados seguros e/ou planos de saúde.

Ao analisar o conceito de demanda e de necessidade na área de saúde, lunes (1995, p. 116) afirma:

[...] o conceito de demanda se choca diretamente com o conceito de necessidade. Enquanto o primeiro está centrado sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferência, o conceito de necessidade é uma definição exógena feita por um expert. Em sua interpretação mais comum, o conceito de necessidade é definido como 'aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser (ênfase nossa) consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente' (apud JEFFERS et al., 1971, p. 46-63).

Porto (1995), ao analisar as questões da justiça social, equidade e necessidade em saúde, ressalta a importância de se discutir os indicadores e as variáveis mais utilizados para operacionalizar o termo necessidade e melhor dimensionar as diferenças existentes entre os grupos populacionais em nível regional. Aponta, como de utilização mais freqüente para o estudo daquelas questões, os índices e variáveis relacionados com os perfis demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos e a necessidade da realização de estudos de correlação entre eles, procurando, dessa forma, evitar tanto a anulação quanto a potencialização de seus efeitos distributivos. A associação desses estudos às políticas públicas, relacionadas principalmente com a diminuição das desigualdades existentes, é imprescindível para se alcançar sociedades mais equitativas.

Durante as três últimas décadas, a oferta de serviços de saúde e de leitos hospitalares, no Espírito Santo, alterou-se substancialmente, em número e forma. Um profundo aumento relativo dos leitos hospitalares ocorreu no segmento privado e não no setor público, na região da Grande Vitória, nas décadas de 1980 e 1990, tendência esta prevista para continuar durante a presente década. Observou-se, também, o surgimento de ociosidade na ocupação desses leitos.

O pensamento de que a oferta de leitos hospitalares privados constitui apenas um investimento de mercado e de investidores particulares na área de saúde começa a surgir de forma mais intensa. Recentemente, pôde-se observar essa situação, quando da declaração de Simões (2000, p. 6), ao comentar os indicadores sociais de IBGE, ano 2000:

Não temos como analisar a lógica do setor privado, mas ele funciona com a lógica do mercado. Se há redução de demanda de leitos, ou seja, por avanço tecnológico, seja por fiscalização, seja porque ficou muito caro, sem dúvida haverá redução da oferta.

Partindo do princípio de que a oferta de leitos hospitalares privados para uma determinada comunidade se liga diretamente à questão mercadológica — conforme opinião de Castelar (1995) e outros estudiosos — é importante sublinhar o papel dos estudos desenvolvidos pela área da economia da saúde, na criação de melhorias para as deficiências peculiares a esse mercado.

Percebe-se uma carência de estudos técnicos relativos à viabilidade e necessidade, ou não, de mais leitos hospitalares na região da Grande Vitória. O desconhecimento e a inexistência de discussões e investigações mais amplas a respeito do impacto da oferta de novos leitos para esta década, na região, têm motivado reflexões e o levantamento de alguns questionamentos, tais como: o motivo que levou ao aumento do número de leitos hospitalares no segmento privado, na Grande Vitória; a se esses hospitais muitas vezes já trabalham com a taxa média de ocupação de leitos abaixo da oferta; o fato de estes leitos ociosos não poderem ser trabalhados em parceria com os grupos que desejam construir novos hospitais, ou com o setor público que demonstra necessitar de mais leitos para atender a uma demanda maior ainda. Outro fator intrigante é como ficará, a partir do aumento dos referidos leitos, a assistência à saúde da população da Grande Vitória em relação às ações a serem desenvolvidas pelo SUS.

Em entrevista realizada pelo jornal *A Gazeta*, em Vitória (ES), no dia 20 de agosto de 2001, com o secretário de Estado da Saúde Nilton Baiano, constatou-se a situação das diferenças sentidas entre a oferta de serviços de saúde e as reais necessidades da população, quando o secretário afirmou:

Se houvesse uma política de prevenção e um atendimento básico perfeito, não seriam necessárias tantas internações. Muitos leitos também não têm resolutividade. Por isso, existem hospitais ociosos e outros superlotados na rede (BAIANO, 2001, p. 15).

Devido à observação de que tem sucedido uma situação de ociosidade na média de ocupação de leitos hospitalares no segmento privado, apesar do aumento relativo desses leitos na última década, na região de Grande Vitória,

é que o objeto de estudo deste trabalho passa a compor-se de uma análise da oferta de leitos hospitalares privados na referida região, para a década de 2001 a 2010, levando em conta os motivos e as expectativas advindos dessa oferta.

A despeito das considerações anteriores, novos hospitais particulares estão sendo planejados e construídos por grupos de médicos na região da Grande Vitória. Por essa razão é que este estudo tem como questão de pesquisa (investigação) a busca dos fatores/motivos que levam esses grupos à construção dos novos hospitais. Entretanto, não existe a pretensão de se estabelecer um estudo mercadológico ou apontar a real necessidade da demanda ou da oferta desses leitos, e sim saber como e por que esse esclarecimento tem influência, ou não, na justificativa, na lógica apresentada para essa oferta. O objetivo deste estudo é verificar se o aumento da oferta dos referidos leitos está compatível com a realidade apresentada pelos hospitais em funcionamento antes de 2001, com as recomendações do Ministério da Saúde sobre a desinternação e, ainda, com as expectativas dos novos empreendedores.

Nessa perspectiva, este estudo passa a ser visto como uma questão de mercado, por tratar-se de oferta de leitos privados. Dentro desse mercado, surgem dois atores passíveis de estudo: os usuários (demanda) e os empresários do complexo hospitalar (oferta).

Inicialmente, tentou-se buscar as causas da ampliação dessa oferta na demanda, ou seja, os usuários, o que foi inviabilizado devido à necessidade da elaboração de um amplo estudo, com a formação de uma equipe interdisciplinar, o que acarretaria um custo muito elevado.

Surge, então, a idéia de se trabalhar com os atores que se encontram na posição oposta, ou seja, a da oferta, onde se encontra o maior número de hospitais privados planejados e em fase de construção, e também onde se encontram os empresários hospitalares privados, que constituem a única e principal fonte de que se tem conhecimento, até o momento, para o aumento dos leitos hospitalares privados na região da Grande Vitória, para a década de 2001 a 2010: os grupos médicos.

O presente trabalho é um estudo exploratório-descritivo combinado com a aplicação de técnicas quanti-qualitativas, como questionários e entrevistas. Seu caráter exploratório se pauta em investigações com procedimentos sistematizados para a coleta de dados de fontes primárias e secundárias, mais a utilização de procedimentos de amostragem com o intuito de explorar o tema escolhido — e ainda não discutido — na região geográfica determinada para

a pesquisa de campo. O aspecto descritivo é importante, pois a finalidade é buscar informações, explicar os porquês e associar alguns resultados que possam vir a influenciar as atitudes dos profissionais de saúde com relação à oferta dos referidos leitos hospitalares, na região da Grande Vitória.

Essa região foi definida como território de abrangência da pesquisa, primeiramente, por constituir-se como a detentora do maior número de hospitais privados em fase de construção, o que acarretará um aumento desse tipo de leitos hospitalares na região e, segundo, porque é a região com maior volume de população e de oferta de leitos hospitalares privados em relação ao restante do Estado.

Os locais de estudo são os hospitais privados e filantrópicos. A escolha desses hospitais obedeceu, primeiramente, aos critérios de localização, nos seguintes municípios da Grande Vitória: Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra. Segundo, quanto ao tipo de serviço de saúde, pelos hospitais gerais, de médio e de grande portes conveniados com planos privados de saúde, conveniados ou não com o SUS e com atendimento a pacientes particulares, no total de nove hospitais. Destes, cinco já instalados e em funcionamento antes de 2001, denominados A, B, C, D e E, e quatro deles em fase de construção ou inaugurados a partir de 2001, denominados I, II, III, e IV. O sistema de amostragem foi utilizado para identificar o perfil desses hospitais e as características socioeconômicas dos pacientes internados nos hospitais em funcionamento antes de 2001, visto que a população desses estabelecimentos hospitalares compunha-se de um total de 16.370 indivíduos no período pesquisado, entre 1999 e 2000.

A escolha dos seis especialistas da área econômica foi realizada pelas pesquisadoras, usando o critério do “notório saber”. O objetivo dessas entrevistas foi traçar o perfil da população da região de abrangência deste estudo e conhecer suas opiniões a respeito dos motivos, sob o ponto de vista econômico e mercadológico, do aumento do número de leitos hospitalares na região estudada.

Além dos especialistas, foram entrevistados os gestores dos Hospitais I, II, III e IV, em construção, com o objetivo de resgatar suas opiniões e expectativas em relação ao impacto que essa nova oferta de leitos hospitalares poderá acarretar no cenário do atendimento à saúde na região acima citada.

Os dados selecionados para a caracterização da ocupação hospitalar nos Hospitais A, B, C, D e E (em funcionamento antes de 2001), foram trabalhados no programa estatístico Statistical Package for Social Science

(SPSS) 8.0 for windows.

A SITUAÇÃO DA OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES NA GRANDE VITÓRIA

A situação da distribuição dos leitos hospitalares no Estado do Espírito Santo não é diferente da encontrada no resto do País. A sua inadequada distribuição, tanto em relação ao espaço quanto às necessidades da população e as especialidades ofertadas, pode ser notada quando a média local noticia, por exemplo, a falta de leitos de internação de unidade de terapia intensiva neonatal.

Os resultados do estudo apontaram que as médias das taxas de ocupação dos leitos de internação dos cinco hospitais da amostra, no período coletado, não foram homogêneas. Apresentaram-se, da seguinte forma: Hospital A com 46,10% de ocupação, Hospital B com 55,50%, Hospital C com 75,91%, Hospital D com 87,40% e Hospital E com 63,26% (Figura 1).

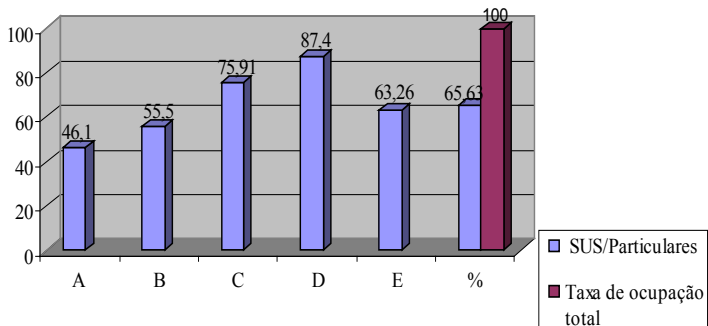


Figura 1 – Distribuição percentual das médias das taxas de ocupação dos Hospitais A, B, C, D e E, segundo o SUS/Particulares, na Grande Vitória, entre 1999/2000

A taxa média de ocupação é de 65,63%, correspondente ao total dos leitos de internação ofertados pelos hospitais em funcionamento antes do ano 2001, na Grande Vitória, e parece estar, a princípio, correspondendo

à orientação de desinternação preconizada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, quando comparada com a taxa considerada, como ideal, pela Portaria no. 3.046/82, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), compreendida entre 80% e 85% de ocupação, a taxa de ocupação apresenta-se muito abaixo e com ociosidade comprovada.

Com esses resultados, observou-se que a situação da percentagem de ocupação encontrada nos hospitais em funcionamento até o ano de 2001 está de acordo com o que foi apontado pelo IBGE (2000): de 1992 a 1999, o número de internações caiu 3,6% no Brasil como um todo, entretanto essa queda se deveu apenas ao setor privado, que sofreu uma redução de 10,5%, ainda que no setor público ela tenha crescido 10,3%.

Com relação à ociosidade comprovada dos leitos hospitalares privados deste estudo, o Entrevistado 5 pondera:

Quando todos esses investimentos de saúde tiverem inaugurado, vamos ter mais leitos ociosos no privado. No mercado público é outra questão que tem que ser discutida. Mas, o que se chama de mercado privado, você vai ter um mercado da saúde que já está fazendo um movimento inverso do mercado hospitalar. É o mercado da prevenção [...] e aqui em Vitória, em contrapartida, está havendo um movimento de inauguração de instituições hospitalares. Isso vai ser uma loucura [...]. Como isso vai ficar? Quer dizer, o custo de operação dessas instituições não vai ser suficiente [...]. Do ponto de vista positivo, eu acho que, de alguma forma, vai ter uma negociação na área pública, porque nesta área tem leito faltando. Aí eu acho que se pode resolver por aí, mas, não vai ser uma solução simples, não. (ENTREVISTADO 5, economista, consultor econômico).

A ociosidade nos leitos hospitalares encontrada neste estudo também foi sentida em outras regiões do Brasil, na última década. Alguns hospitais em São Paulo foram desativados ainda no início da década de 1990, mesmo havendo aumento populacional na região. O Boletim de Indicadores do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresa de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (PROAHSA), de 1997, aponta ociosidade nos leitos hospitalares ofertados naquele Estado. O estudo efetuado, com a amostra de cem hospitais participantes do referido Programa, durante o primeiro trimestre de 1992 até o terceiro trimestre de 1999 (séria histórica trimestral, feita pela mediana), apontou que a taxa de ocupação daqueles hospitais manteve-se

sempre acima de 60% e abaixo de 70%.

Para efeito de comparação, as médias das taxas de ocupação dos Hospitais A, B, C, D e E foram transformadas em mediana. O resultado foi de 63,26% para a Região da Grande Vitória. Verificou-se que, em mais dois estudos efetuados no Estado de São Paulo, pelo Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, os resultados apresentaram taxas similares, apontando a situação de não ocupação adequada dos leitos hospitalares ofertados, a saber: a mediana da taxa de ocupação hospitalar relacionada com 70 hospitais participantes foi de 63,17%, e da taxa de outros 12 hospitais foi de 69,89%.

A oferta distorcida de serviços de saúde, encontrada em muitos países e regiões do Brasil, é uma realidade. Essa distorção caminha na contramão da filosofia das Políticas de Saúde adotada pelo sistema de saúde brasileiro, que preconiza a universalização e a equidade no atendimento à saúde da população. Para Del Nero (1995), essa distorção é consequência de uma competição inadequada no setor da saúde e, ao mesmo tempo, tem provocado situações perniciosas no atendimento à população em geral, a saber: o uso excessivo e desnecessário de medicamentos; a realização de exames supérfluos; as internações desnecessárias; e a utilização dispensável de tecnologia médico-hospitalar de alto custo, no lugar da implementação de ações de atenção básica.

Em decorrência disso, vários questionamentos éticos, sociais e econômicos a respeito do funcionamento desses serviços de assistência à saúde vêm surgindo de forma cada vez mais intensa num país como o Brasil, onde 30% da população não consegue ter acesso a qualquer tipo de serviço, apesar de estimativas oficiais darem conta de que os serviços de saúde dão cobertura a 95% da população brasileira.

Está, pois, bastante evidente que o Governo brasileiro não apresenta um eficiente controle das ações de saúde desenvolvidas no País. Tornar-se-ia necessário reconsiderar suas políticas no setor da saúde, redefinindo as prioridades nessa área. A gritante disparidade distributiva dessas ações de saúde tem se apresentado em diversas regiões brasileiras, igualmente díspares em outros segmentos sociais e econômicos. Na região da Grande Vitória, essa situação não é diferente. As desigualdades sociais e econômicas de sua população interferem na equidade e no direito dos indivíduos à saúde.

Os novos empresários da região da Grande Vitória estão investindo,

segundo eles, em um novo tipo de hospital, com perfil diferente dos hospitais em funcionamento antes de 2001, na região da Grande Vitória. Ao referir-se ao tipo de hospital desejado, segundo os sócios e a constituição jurídica, os Entrevistados 1 e 2 apontaram a forma igualitária da divisão de ações entre os sócios, representada pela seguinte afirmativa:

Nos interessa um hospital que seja igualmente possuído por todos [referindo-se aos sócios]. Selecionar profissionais que estejam ativamente atuando na medicina [...]. Fazer o hospital funcionar pelo número de profissionais engajados em cada área [referindo-se às especialidades], donos da mesma parcela e número suficiente para manter o hospital (EMPRESÁRIO 2, médico, acionista e presidente do Conselho Administrativo do Hospital II).

Essa situação foi decorrente, em primeiro lugar, da não aceitação pelos médicos do estado de sublocação em que alguns se encontravam, repudiando a condição de trabalhadores médicos, tipo assalariados e/ou sublocados, em instituições hospitalares, com a seguinte declaração:

Eu pagava 20% do que eu ganhava para a instituição; um dia um diretor chegou lá e falou que eu tinha que deixar 50%, se eu quisesse [pausa] o mercado tinha que aceitar fazer aquilo. Isso causou, num pequeno grupo, uma sensação de muito desconforto, e [...] a gente achou que seria possível agrupar algumas pessoas e montar uma estrutura que pudéssemos trabalhar sem ter esse tipo de tratamento (EMPRESÁRIO 1, médico, acionista e diretor clínico do Hospital I).

Aliada a essa vontade de não terem estipulado e/ou determinado, pelos proprietários e/ou dirigentes de outros hospitais, o que deveriam receber pelo seu trabalho como profissionais, os empresários dos novos hospitais apontaram, em segundo lugar, a intenção de praticar em seus hospitais uma gestão moderna e diferente da que vinha sendo adotada pelos hospitais mais antigos.

Verificou-se a existência, em todos os grupos, de uma mesma linha de pensamento a respeito dos motivos que os levaram ao aumento da oferta desses leitos no lugar de se associarem em parceria aos hospitais anteriormente existentes (e com leitos de internações ociosos) ou ao SUS.

O motivo preponderante percebido foi a abordagem de uma necessidade sentida dos médicos, com diferentes especialidades, de que se associassem para trabalhar em um serviço de saúde (complexo hospitalar), com vistas

à busca da independência de subordinação administrativa financeira e nas relações de autoridade. Dessa forma, externaram estar fugindo de um sistema de sublocação, considerado injusto financeiramente e com pouco reconhecimento dos seus valores profissionais. O surgimento de conflitos despertou-lhes a vontade de serem donos do próprio local de trabalho e/ou do próprio negócio. Sob a ótica desses empresários, o mercado dos serviços de saúde privados deveria ficar sob a responsabilidade dos médicos:

Você vê, em outros Estados, você tem empresários totalmente leigos, alheios, fora de Medicina, explorando esse espaço, um médico preso ao sistema da luta a qualquer lucro, a qualquer jeito. E, muitas vezes, metendo muitas vezes as mãos nos honorários médicos para que isso seja viável. Isso não ocorre no Espírito Santo, exatamente por esse espaço [pausa] o médico estar à frente do negócio [...]. Enquanto negócio para me dar lucro, eu, se eu tivesse um dinheiro meu, eu não investiria sozinho, tanto que meu dinheiro invisto em outras coisas, não invisto em hospital. Mas, enquanto mercado de trabalho, enquanto construir futuro, gerenciar seu próprio negócio, ser dono do seu próprio nariz, é um excelente investimento. Não há dúvidas (EMPRESÁRIO 4, médico, acionista e superintendente do Hospital IV).

Em segundo lugar, todos os entrevistados abordaram as questões inerentes ao mercado dos serviços de saúde: competitividade e viabilidade do empreendimento e a visão clara de que o médico deva ser o proprietário e responsável pelo mercado de trabalho e de negócios na área de serviços da saúde.

A questão da eficiência e eficácia da gestão em serviços de saúde surgiu em decorrência da necessidade que os novos empresários sentiram em relação à falta de um atendimento de qualidade, para o enfrentamento das intempéries do mercado.

A opinião dos empresários hospitalares, sobre a nova oferta de leitos hospitalares para a Grande Vitória é de que essa oferta está inserida na questão mercadológica e, como em qualquer outro ramo de negócios, sobreviverá quem melhor administrar seus empreendimentos:

Se você analisar como mercado e entender economicamente o hospital, ele não é diferente de qualquer outro ramo, de qualquer outro negócio da economia [...], existem clientes, existem X empresas disputando a mesma clientela [...] é o que vai acontecer na área hospitalar [...] agora, vai sobreviver quem

tiver mais competência, mais qualidade, quem tiver mais cursos; então, vai depender da gestão, eminentemente de modelos de gestão, da forma de gerir esses empreendimentos e profissionalizar. Quem profissionalizar, quem dotar os empreendimentos e gerenciar [...] agora, quem continuar de forma amadora, vai fechar. É espaço para grande [...] eu tenho que reconhecer isto, infelizmente os pequenos, também nesta área, vão ter dificuldades [...] surgindo estes hospitais todos, que surjam as pessoas também, esses administradores têm que surgir, não vejo nada contra isso. Acho que, inclusive, no futuro, os hospitais vão ter que redesenhar este mercado [...] eu acho que mercado se constrói, se faz com competência. [...] (EMPRESÁRIO 4, médico, acionista e superintendente do Hospital IV).

Esse parecer foi corroborado pelo Entrevistado 5, que emitiu a seguinte opinião:

Conheço apenas algumas evidências de má gestão como usuário do sistema privado. Não posso tirar daí conclusões mais científicas, mas a evidência hoje é que o setor hospitalar privado no Brasil e o filantrópico muito mais carecem de uma mudança de padrão de gestão [...]. Eu acho que tem que profissionalizar o setor, e uma posição fundamental para se fazer isto é que tem que separar a área médica da área administrativa-financeira-patrimonial. Não tem mais condições de o todo poderoso diretor clínico, chefe lá, comandar a parte de caixa, de compras, política de compras, pessoal, política de patrimônio. [...] Existem hoje profissionais dos mais diversos níveis de visualização, com cursos de graduação, mestrado, doutorado, especialização, prontos para assumirem e trabalharem na sociedade, dentro das mais modernas concepções da administração. E hoje esses hospitais ainda são geridos de forma hierárquica, centralizada, burocrática [...] Parece-me que a prepotência desse setor médico precisa ser superada no Brasil. [...] Eu acho que o problema de modernização desses hospitais [...] que não é mistério, está aí no mercado [...] alguns exemplos precisam ser estudados, até para tirar lições de como modernizar esses setores: assim, vai encontrar o seu lugar, quando passar a fazer seu dever de casa. Está muito atrasado (ENTREVISTADO 5, economista, professor e consultor econômico).

Todos os especialistas da área econômica entrevistados afirmaram que são grandes as disparidades sociais, econômicas e culturais da região da Grande Vitória, e o Entrevistado 6 explicou as mudanças e a tendência nos portes das classes conforme o poder aquisitivo da região, com a seguinte afirmação:

Hoje, 32% da população do Estado, domiciliado da Grande Vitória, pertence à classe C. Então, você vê uma classe aí que é maior, uma classe de mais porte.

A classe C tende a aumentar. A classe A, a classe média, sofreu uma queda, ela diminuiu e ampliou a classe C. E, por outro lado, você tem a classe C que sobe para a B, a tendência é uma concentração nas classes B e C (ENTREVISTADO 6, economista professor e consultor econômico).

Coube, ainda, ao Entrevistado 3 a colocação, de forma bastante clara, do pensamento externado por todo o grupo de economistas entrevistados, a respeito da situação socioeconômica da referida Região Metropolitana:

Eu acho que Vitória, por ser uma cidade pequena geograficamente, acabou nesse boom de crescimento. Como é muito pequena, a área da Grande Vitória ficou muito cara. Isso expulsou a pobreza, sobretudo para Vila Velha e para Cariacica. A Serra é uma cidade operária, não é uma cidade miserável. Nem a Prefeitura é miserável, apesar de haver nichos de pobreza. A cidade é sociologicamente uma cidade operária. Cariacica não. Cariacica é uma cidade muito pobre. E Vila Velha tem uma zona ali antiga no centro da cidade, Itapoã, Praia da Costa, Itaparica, de classe AB; tem os bairros tradicionais que abrigam as classes C: Ibes, Glória, onde também tem AB evidentemente [...]. E os bolsões de miséria que se instituíram, sobretudo primeiro lá na região das invasões de mangue, Santa Rita, etc. e, mais recentemente, no último Governo de Vasco Alves, na região de Terra Vermelha. Então você tem um desenvolvimento na Grande Vitória muito desigual, muito excludente... (ENTREVISTADO 3, consultor econômico).

O pensamento de que a oferta de leitos hospitalares privados constitui apenas um investimento de mercado e de investidores particulares na área de saúde começa a surgir de forma mais intensa. Recentemente, pôde-se observar essa situação, quando da declaração de Simões (2000, p. 6), ao comentar os indicadores sociais de IBGE, ano 2000:

Não temos como analisar a lógica do setor privado, mas ele funciona com a lógica do mercado. Se há redução de demanda de leitos, ou seja, por avanço tecnológico, seja por fiscalização, seja porque ficou muito caro, sem dúvida haverá redução da oferta.

Segundo Del Nero (1995), vários estudos críticos sobre demanda e oferta de serviços de saúde tornam-se incoerentes e muitas propostas inviáveis na implementação, devido às especificidades da área da saúde e suas diferentes e diversificadas interpretações. Dentre esses estudos, encontram-se: o preço que se deve pagar pelos serviços prestados; quem exerce a demanda (Governo,

prestadores ou consumidores); a prioridade dada à saúde pela população; e o impacto que os investimentos realizados exercem sobre a demanda. Com relação à oferta, dentre as várias especificidades encontradas no mercado dos serviços de saúde, os interesses comerciais do mercado interno e externo de grande força se sobressaem, como os mercados do Primeiro Mundo, que influenciam o mercado brasileiro e o impulsionam à adoção e/ou à importação de uma sofisticada e cara tecnologia, principalmente nas áreas de equipamentos e medicamentos. Esse estudioso aponta a extrema relevância do papel que o Estado desempenha, ou melhor, deve desempenhar na regulamentação da oferta e da demanda dos serviços de saúde, e ele conclui afirmando que os mecanismos utilizados para a regulamentação do mercado de saúde ainda se encontram em estágios iniciais na sua concepção e aplicação.

lunes (1995) pondera que a demanda por serviços de saúde, do ponto de vista individual, é imprevisível e torna-se irregular, devido a vários fatores. Dentre eles: a falta de precisão do indivíduo quanto ao momento da necessidade da atenção médica, o sucesso do atendimento e a presença dos seguros no mercado de serviços de saúde.

O Economista 4 foi da opinião de que a rede pública de saúde da Região da Grande Vitória possui serviços de prevenção de “muita boa qualidade”, com postos de saúde e rede laboratorial de alguns municípios funcionando bem. É na questão hospitalar que existem problemas. Entretanto, ele considerou que a rede atual de hospitais privados na Grande Vitória é “bastante razoável”. Citou três deles como exemplo e enfatizou a respeito do impacto que essa nova oferta causaria nessa região:

Você vai ter um desequilíbrio. O privado vai ter uma oferta muito maior do que a demanda [...]. O mercado hoje, da Grande Vitória, não comporta isso que está aí [referindo-se aos investimentos em faculdades, hospitais privados e shopping centers]. O Estado está saturado. Eu penso que esta coisa está acontecendo no mundo. De uma forma geral, está havendo uma inversão. A demanda está ficando menor do que a oferta. [...] vira e volta, está se vendo notícias de fechamento de leitos hospitalares nos hospitais americanos. Isso me parece uma tendência no mundo. À medida em que a qualidade de vida melhora, a prevenção melhora. Você passa a tratar a saúde e não a doença, e isso modifica tudo. [...] E a pirâmide inverteu. (ENTREVISTADO 4, economista e consultor econômico).

Atualmente, o hospital é visto como uma complexa instituição de

promoção da saúde, de prevenção e cura das doenças, de reabilitação dos incapacitados, e como espaço de educação e pesquisa. Para atingir suas metas e conseguir sobreviver, ele tem que procurar se adaptar às necessidades da comunidade e ser adequadamente administrado.

A interação do hospital e de outros serviços de saúde com seu meio ambiente, não só no nível interno como também no externo, é muito importante, por constituir fatores imprescindíveis à sua sobrevivência, na medida em que a sua missão definida e seus objetivos traçados possam ser concretizados. Bittar (1997, p. 3) afirma que, para a concretização desses objetivos, um serviço de saúde depende “[...] de um diagnóstico correto das necessidades, da existência e da boa alocação de recursos (capital e consumo), geralmente escassos, que têm de render o suficiente para abranger, se não toda, a maior parte da população”. E, em relação às pesquisas feitas na área de saúde, com o intuito de evitar altos custos, ele chama a atenção para a sobreposição de programas e oferta de outros serviços de saúde com os de outras instituições sociais que possuem os mesmos objetivos (BITTAR, 1999).

A última década do século XX tem como marca a rapidez das transformações e a incerteza, condições que tornam difícil identificar a direção das mudanças e prever resultados. Defrontou-se com um universo científico e cultural complexo, difícil de ser compreendido em sua totalidade. Associado a isso, o descompasso entre a teoria de modelos de gestão e a prática tem provocado entraves no processo organizacional moderno.

Segundo Kisil (1998), o processo de mudança tem sido um dos grandes marcos do mundo atual. Com vistas ao aumento de cobertura da assistência, com eficiência, eficácia e equidade, os organismos e autoridades nacionais têm procurado implementar novos modelos de atenção à saúde, apresentando propostas que vêm provocando, de forma imperativa, mudanças nas organizações na busca de suas sobrevivências. O setor saúde tem estado atento a esse paradigma e tem procurado estratégias que lhe possibilitem se manter no mercado competitivo.

A cultura organizacional nas instituições que desejam sobreviver mediante um processo de desenvolvimento contínuo deve ser respeitada e trabalhada, a fim de que se desenvolva uma nova conscientização social dos participantes na vida organizacional — em relação interna à organização e à sua função referente ao ambiente no qual se encontra.

Entretanto, Velasco (1998), dentre outros estudiosos, afirma persistir um grave problema consubstanciado na ineficiência encontrada nos sistemas de atendimento de saúde, o que provoca custos ascendentes e uma forma perversa de alocação de serviços, que poderão ser sanados mediante o surgimento de novas tecnologias e da

busca do equilíbrio entre custos e atendimento de qualidade.

As organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas, têm necessidade de se adaptar a um mercado atual muito competitivo e às necessidades inerentes das transformações que ocorrem no País e no mundo, onde a noção de cidadania vem se fortalecendo a cada momento.

A partir de 1990, o tempo de permanência nos hospitais também tem diminuído devido a vários fatores. A introdução de complexa tecnologia e medicamentos de maior potencialidade de cura das doenças e as descobertas da Engenharia Genética vêm possibilitando que procedimentos efetuados com internação nos hospitais agora sejam realizados em nível ambulatorial. De acordo com o IBGE (2000), esta redução de tempo de permanência dos pacientes nos hospitais se deve, também, à regulamentação, pelo Ministério da Saúde, dos procedimentos de internação.

Com relação ao tempo de permanência dos pacientes, em dias, nos leitos dos hospitais privados e filantrópicos da Grande Vitória, verificou-se que, dos 1.430 pacientes internados da amostra, o tempo de um dia de permanência foi o de maior representatividade, com 30,35% dos pacientes internados (Figura 2).

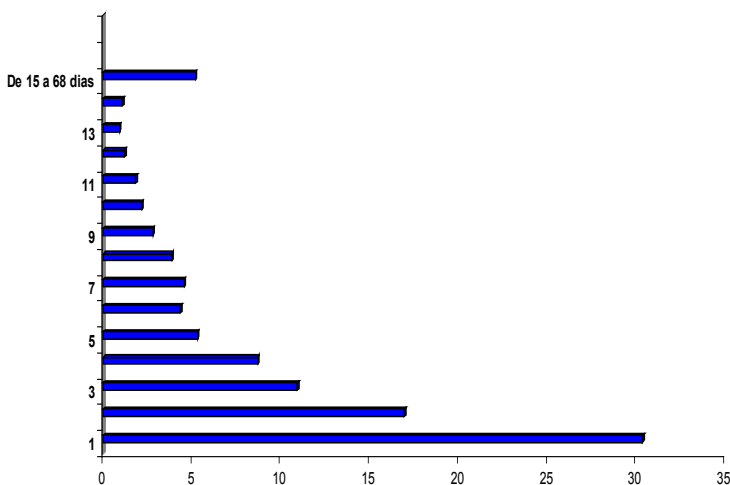


Figura 2 – Distribuição percentual do tempo de permanência (em dias) dos pacientes internados nos Hospitais A, B, C, D e E, na Região da Grande Vitória, entre 1999/2000

Para uma melhor análise do tempo de permanência dos referidos pacientes internados, trabalhou-se com a média dessa permanência nos Hospitais A, B,

C, D e E, que ficou em 4,08%, distribuída da seguinte forma: Hospital A com 3,61%, Hospital B com 3,26, Hospital C com 3,4%, Hospital D com 3,77% e Hospital E com 5,41%.

A pesquisa de Assistência Médica Hospitalar — 2000, publicada no Boletim PROAHSA, mostra que a média de permanência (dias) da Região Sudeste apresentou-se com o índice de 2,57%, a menor das regiões do Brasil, seguido pelo índice do Brasil (2,82%) e das Regiões Centro-Oeste (2,84%), Sul (3,53%), Nordeste (3,67%) e Norte (2,89%).

Pôde-se verificar que a média de permanência (em dias) na região da Grande Vitória, 4,08%, está acima da média do Brasil e de todas as regiões brasileiras, no mesmo período. Esse resultado, que pode ser considerado como de alto índice, merece um estudo mais profundo porque demonstra que podem ser internações para realização de procedimentos que necessitam desse tempo, e até, talvez, internações desnecessárias ou internações com necessidade de um período mais longo ou mais curto.

A distribuição dos pacientes segundo a idade não foi homogênea. Apresentou uma significativa variação principalmente com relação à internação de pacientes com mais de 60 anos, que se destacou com quase 1/3 do total de internações nos períodos pesquisados, segundo a Figura 3.

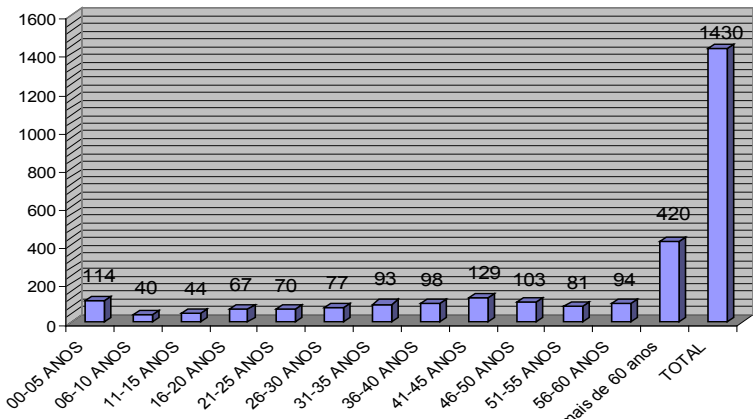


Figura 3 — Distribuição dos pacientes internados nos Hospitais A, B, C, D e E segundo faixa etária, na Região da Grande Vitória, entre 1999/2000

Os novos empresários hospitalares da Grande Vitória estão contando

com a parcela de pacientes idosos para ocuparem leitos em seus hospitais, apesar da indicação atual para o acompanhamento domiciliar de várias doenças crônicas, típicas de idades avançadas. Essas doenças também pertencem a um grupo de tratamento hospitalar de alto custo e que deve ser realizado com muita cautela, trabalhando de forma criteriosa os custos envolvidos para que não onerem a sociedade e acabem acarretando prejuízos para o hospital na relação custo-benefício.

A distribuição dos pacientes internados nos cinco hospitais da amostra, na Região da Grande Vitória, segundo a variável sexo, foi bastante equilibrada, não apresentando uma variação significativa, ou seja, 52,3% foram pacientes do sexo feminino e 47,7% do sexo masculino (Figura 4).

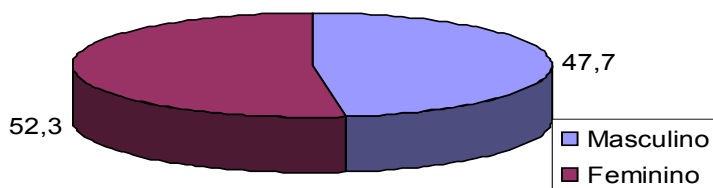


Figura 4 - Distribuição percentual dos pacientes internados nos Hospitais A, B, C, D e E, segundo sexo, na Região da Grande Vitória, entre 1999/2000

O grupo feminino se apresentou com 4,6% a mais do que o masculino, o que está de acordo com os dados do IBGE (2000), no seu último Censo Demográfico, que aponta uma população feminina superior à masculina.

A distribuição destes mesmos pacientes em relação a sua procedência mostrou que há uma clara predominância de pacientes internados provenientes da própria região da Grande Vitória, ou seja: 84,2% deles. De outros municípios do estado encontramos um índice de 12,93%, de outros estados do Brasil 1,96% e não tivemos informação de 0,91% deles (Figura 5).

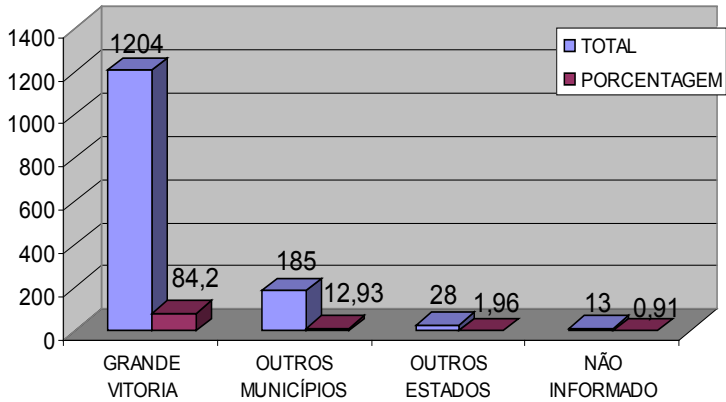


Figura 5 – Distribuição de pacientes internados nos Hospitais A, B, C, D e E, segundo procedência, na Região da Grande Vitória, entre 1999/2000

Durante muitos anos, os profissionais da área da saúde afirmavam ser grande o contingente de pacientes provenientes do sul do estado da Bahia, leste de Minas Gerais e norte do Estado do Rio de Janeiro para tratamento ambulatorial e de internação no município de Vitória. Os resultados deste estudo, para o segmento de hospitais privados e filantrópicos, mostraram que a porcentagem desses pacientes internados não tem representatividade, o que contribui para a não justificativa de argumentos sobre a necessidade de aumento da oferta de leitos hospitalares privados na região da Grande Vitória, em decorrência de atendimento a pacientes de outros Estados próximos. Pode-se, para esse fim, realizar um trabalho de mercado, dentre outras providências, com vistas à captação daquela clientela, caso haja interesse dos gestores locais.

A distribuição de pacientes internados, segundo a categoria dos convênios, apresentou-se com a média de participação dos pacientes de forma heterogênea (Figura 6).

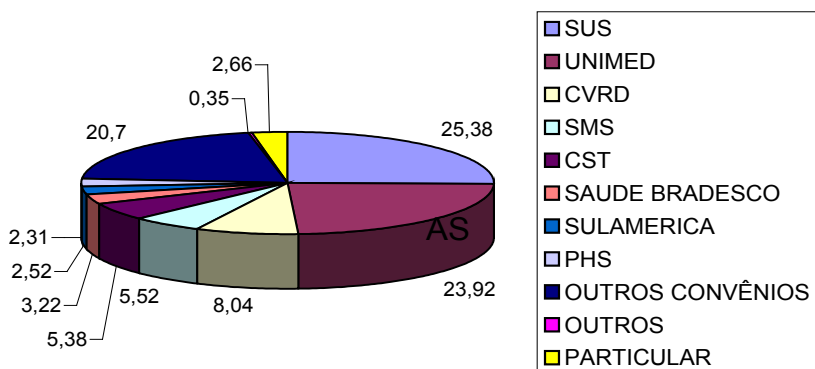


Figura 6 – Distribuição percentual dos pacientes internados nos Hospitais A, B, C, D, e E, segundo convênio, na região da Grande Vitória, entre 1999/2000

Dos 56 convênios (prestadores de serviços) presentes no estudo, o SUS, única entidade pública do total dos convênios, representou o maior índice das internações, ou seja, 363 (25,38%) do total de 1.430 pacientes internados, representando $\frac{1}{4}$ das internações totais. Apenas sete, dos 57 convênios particulares restantes, tiveram uma representatividade significativa de internações. Vale ressaltar que os hospitais colocam à disposição dos pacientes do SUS um “teto”, ou seja, um número determinado, geralmente de especialidades determinadas, do total dos leitos operacionalizados pelos hospitais.

Apesar da importância da interferência dos indicadores socioeconômicos na qualidade da assistência médico-hospitalar, não foi possível a apresentação da variável profissão, visto que os dados necessários ao seu estudo somente foram relacionados por dois dos hospitais e não pelo total da amostra — só foram considerados válidos pelos pesquisadores os dados contidos no total da amostra.

Embora os indicadores epidemiológicos interfiram de forma incisiva na qualidade da assistência médico-hospitalar, não foi possível a apresentação dessa variável, porque os dados fornecidos contemplaram, em sua maioria, os pacientes cirúrgicos, enquanto os pacientes considerados sob tratamento clínico não tiveram os seus diagnósticos especificados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, observa-se que o crescimento da oferta de leitos hospitalares privados na Grande Vitória poderá promover uma crescente busca de atenção à saúde nos níveis de média e alta complexidade. Conseqüentemente, em primeiro lugar, poderá haver a priorização do atendimento à doença em detrimento à qualidade da atenção básica em saúde, podendo provocar um aumento no custo do atendimento à saúde. Em segundo lugar, caso não haja um entrosamento maior dos hospitais privados com o sistema de saúde do País, a assistência à saúde poderá ser direcionada, ou apenas alcançar, à parcela da população capaz de arcar com o pagamento de planos de saúde privados, provocando dificuldades e entraves às propostas de mudança ao modelo assistencial de atendimento à saúde predominante no Brasil, ampliando, cada vez mais, a desigualdade social.

Durante o estudo, ficou claro que os grupos formados por médicos estão seguros e otimistas quanto à implantação e à viabilização de seus empreendimentos hospitalares, apesar de estarem cientes da situação de competitividade que passam a enfrentar no mercado dos serviços de saúde, visto que eles deixam bem explícito que apostam no sucesso de seus projetos com o diferencial de qualidade de atendimento que planejam oferecer aos seus usuários, com uma gestão moderna e efetiva na obtenção de seus objetivos e metas.

Se, por um lado, configurou-se neste estudo o entendimento de que os empresários hospitalares têm consciência da necessidade da satisfação das exigências da demanda de usuários locais, por outro lado, o estudo apontou, com nítida transparência, a noção de que eles têm de satisfazer as suas expectativas, deixando-as bem explicadas.

Os motivos desses grupos médicos em relação ao aumento de leitos hospitalares privados, na região de estudo, puderam ser percebidos por meio de respostas diretas e, de certa forma, pela exposição de suas expectativas em relação aos seus empreendimentos. Configuraram-se assim e sob a ótica dos novos empresários, os seguintes principais motivos para a oferta daqueles novos leitos:

- necessidade sentida pelos médicos de se associarem, em grandes grupos de especialistas, donos e/ou proprietários de hospitais, a fim de

não terem que continuar subordinados administrativa e financeiramente a instituições de saúde que não fossem de suas propriedades — profissionalização empresarial do trabalho médico;

- controle dos grupos médicos à viabilização de serviços de saúde privados e nos rumos do mercado desses serviços, na região da Grande Vitória — vários grupos médicos tornando-se proprietários pelos serviços de saúde da referida região, bem como tornando-se co-responsáveis pelo mercado de trabalho e de negócios, na área de serviços de saúde privados; e
- necessidade de mudanças na gestão dos serviços de saúde, na Região da Grande Vitória, para que, com a melhoria da qualidade de atendimento aos usuários desses serviços, torne-se possível a viabilização de seus investimentos, empreendimentos e/ou complexos hospitalares.

Na condução deste estudo, sentiu-se a falta de pesquisas voltadas à orientação sobre o planejamento para a nova oferta de leitos hospitalares privados na Região da Grande Vitória, e que levassem em consideração as reais necessidades da população local. A caracterização de carência socioeconômica da região, para atender aos objetivos, às metas e às expectativas dos novos complexos hospitalares e de seus empresários, poderá provocar a inviabilização desses novos hospitais ou dos existentes, principalmente por se ter constatado uma ociosidade na taxa de ocupação dos leitos hospitalares — 65,63% de ocupação — no segmento privado e filantrópico na região de estudo.

Do ponto de vista gerencial, teria sido importante se os hospitais da amostra tivessem conseguido preencher os leitos considerados ociosos nos hospitais objeto deste estudo, a fim de que eles pudessem ser otimizados de tal forma que sua receita fosse equilibrada, para o enfrentamento das necessidades financeiras imprescindíveis em frente ao atual cenário de ociosidade nos leitos hospitalares dos hospitais da Região da Grande Vitória. Essa situação poderá se tornar pior, se considerarmos que a nossa realidade é de excesso de oferta de leitos de internação no segmento privado, e a ociosidade deles poderá se tornar ainda maior diante do aumento da nova oferta.

O alto índice de permanência por apenas um dia, de 30,35% dos pacientes internados, denota que estudos mais profundos devem ser feitos sobre as

causas desse tipo de permanência na região da Grande Vitória, com o intuito de verificar o tipo de hospital de que se necessita em cada região, segundo seu perfil epidemiológico que, aliado ao perfil socioeconômico e demográfico, possivelmente servirá para traçar ações e/ou programas apropriados às necessidades das comunidades locais.

O índice de 29,37% do total de internações das pessoas com mais de sessenta anos, nos hospitais da região de referência, demonstra que estudos com relação a essa faixa etária necessitam ser efetuados para desenvolver diversas ações relacionadas com a internação de idosos, como adaptações na área física dos hospitais e compra de equipamentos e medicamentos direcionados às doenças próprias a essa idade.

Com relação à procedência dos pacientes, pôde-se perceber que, se os novos empresários desejarem ampliar o mercado de oferta de serviços em geral, visando à captação de clientela de outros Estados, um trabalho mercadológico e estratégico deve ser feito, dentre outras providências, para uma maior utilização dos leitos hospitalares já existentes e dos planejados para oferta.

Quanto às internações de pacientes provenientes dos 56 convênios, coube ao SUS 25,39% e ao convênio particular Unimed 23,92%. Apenas dois convênios, um público e um privado, são responsáveis pela internação da metade dos pacientes na Grande Vitória. Observa-se que o SUS, mesmo em hospitais privados e filantrópicos com os quais é conveniado, apresenta um alto índice de internação. Isso aponta que possivelmente faltam leitos públicos, cabendo ao setor privado a complementação dos leitos faltosos à população carente.

Com relação as variáveis não trabalhadas, profissão e diagnóstico, por não preenchimento dos relatórios dos hospitais da amostra, evidencia-se que há necessidade de se melhorar as informações hospitalares quanto ao perfil socioeconômico e epidemiológico da região. Esses dados são imprescindíveis para a contribuição de um planejamento adequado, visando à maior qualidade na assistência dos usuários/pacientes, principalmente em relação ao tipo e número de leitos hospitalares a serem ofertados para a região deste estudo.

Diante da situação encontrada, constatou-se que a oferta distorcida dos leitos poderá continuar na Região da Grande Vitória, assim como o hospitalocentrismo e a medicalização, em detrimento às ações básicas de saúde, podendo acarretar um aumento dos custos no atendimento à saúde das comunidades locais. Um possível agravamento na disparidade entre o atendimento privado e público nos municípios em questão poderá ocorrer. Isso

aponta que a nova oferta dos leitos hospitalares privados encontra-se em um sentido contrário ao das filosofias e diretrizes das Políticas de Saúde no Brasil em relação, principalmente, à equidade e à universalização de atendimento à saúde da população.

O não cumprimento da orientação do Ministério da Saúde sobre a desospitalização na Região da Grande Vitória poderá ocorrer e interferir no incentivo e incremento dos programas de atendimento domiciliar, nas inovações na área de equipamentos e medicamentos, nos programas de atenção básica, de educação da população sobre a necessidade da prevenção das doenças e promoção da saúde.

A modernização tem exigido das instituições que prestam serviços de saúde com respostas imediatas e precisas aos grandes desafios impostos pelas mudanças nos campos social, tecnológico, econômico e político. A capacidade das instituições de saúde de enfrentarem esses desafios será medida pelo resultado de sua capacidade gerencial e adequação de seus serviços à comunidade. Pôde-se verificar que a função administrativa parece estar sendo tratada, em outras empresas e hospitais de outras regiões, como simples apoio logístico, mas poderá ocupar, possivelmente, seu lugar como integrante nas várias atividades de assistência.

Entretanto, o pensamento de melhoria na gestão dos serviços de saúde encontra-se de forma clara e transparente no pensamento dos novos empresários e, poderá facilitar o caminho para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar nas equipes dos profissionais de saúde pertencentes aos novos hospitais.

Apesar dos resultados e respostas obtidos neste estudo, dúvidas persistem e inquietam, principalmente com relação à operacionalização das Políticas de Saúde para a Região Metropolitana da Grande Vitória e para o Espírito Santo, diante da atual oferta distorcida de leitos hospitalares. A questão da necessidade do controle dos órgãos governamentais sobre o atendimento à saúde coletiva há tempo persiste, bem como a indagação se a necessidade da população brasileira está voltada para uma demanda maior por serviços de saúde ou pela melhoria da qualidade de vida, ou seja, a demanda pela saúde.

Embora o controle e/ou as regulamentações governamentais sobre as questões da saúde tenham caminhado um pouco, elas ainda não foram suficientes para diminuir a disparidade no atendimento à saúde da população brasileira. Para tal, necessário se faz ter vontade política e coragem para

operacionalizar as diretrizes das Políticas de Saúde no País, a fim de que a questão da falta de equidade no setor da saúde vá, aos poucos, minimizar seus problemas mais urgentes.

Enfim, em relação aos valores compartilhados e externados por esses grupos médicos do estudo, como se dará na Grande Vitória o desenvolvimento e implantação do Sistema Único de Saúde e das recomendações do Ministério da Saúde a respeito da desospitalização, se o hospitalocentrismo e a medicalização se encontrarem tão fortemente presentes? E o sistema de saúde brasileiro como ficará, se a realidade encontrada na região deste estudo for semelhante a outras (ou em muitas outras) regiões brasileiras?

REFERÊNCIAS

BAIANO, N. Entrevista concedida ao Jornal **A Gazeta**. Vitória, p. 5, 20 fev. 2001.

BITTAR, O. J. N.V. **Hospital qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1997.

_____. Ambulatório: da simplicidade à complexidade é uma solução. In: DUARTE, I. G. Leitos hospitalares: algumas considerações. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 5, dez. 1999.

BOLETIM PROAHSa, ano III – jan./mar. 2000 (encarte). **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 6, março, 2000.

BOLETIM PROAHSa, nº 19, ano IV, jul./set. – 2000 (encarte). **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 8, jul./set. 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] república Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P.; GRABOIS, V. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. v. 6.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P. G. V. **Gestão hospitalar: um desafio**

para o hospital brasileiro. Éditions ENSP, Rennes, 1995.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. (Org.). **Economia da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. p. 11.

DUARTE, I. G. Leitos hospitalares: algumas considerações. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 5-9, dez. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse preliminar do censo demográfico**, Brasília, 2000. v. 7.

_____. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Brasília, 1999.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. (Org.). **Economia em saúde**. 2 ed. Brasília: IPEA, 1995.

KISIL, M. **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. v. 4.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas em saúde**. 2. ed. rev. São Paulo: EPU, 1987.

LEBRÃO, M. L. **Estudos de morbidade**. São Paulo: EDUSP, 1997.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Portaria no. 3046/82**, Brasília, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e padrões de construção e instalações de serviços de saúde**. Brasília, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Leito por habitante**. Disponível em <<http://www.opas.org.br/mostradestnoti.cfm/codigodest=6>> Acesso em: 23 maio 2002.

PAGANINI, NOVAES Humberto de Moraes, 1994. apud DUARTE, I. G. Leitos hospitalares: algumas considerações. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 5-9, dez. 1999.

PORTO, S. M. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S.M. (Org.). **Economia da saúde**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1995.

ROUQUAYROL, M. Z. apud MALIK. A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. v. 3.

SIMÕES, L. A. apud GRILO, C., ESCÓSSIA, F. Brasil perde 59 mil leitos hospitalares. **Folha Cotidiano – Folha de São Paulo**, São Paulo, p. C1, 7 out. 2000.

VELASCO, S. D. **Diretrizes e tendências: medicina em 2010**, 1998. Disponível em: <http://www.institutomvc.com.br>. Acesso em: 10 set. 2001.



ENTRE ORAÇÕES E/OU MEDICAMENTOS: OS CAMINHOS DO PROCESSO DE TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HANSENIANOS

Andressa Ribeiro Fogos
Elizabete Regina Araújo Oliveira

A eficácia das metodologias de tratamento na área de saúde é um tema atual e que vem preocupando os profissionais envolvidos, isso por ser função precípua deles. Em pleno século XXI, esses profissionais deparam-se, por um lado, com o avanço tecnológico cada vez maior, que produz novas drogas e novos métodos diagnósticos e, por outro, com o pensamento mágico-religioso de uma parcela significativa de indivíduos no enfrentamento de situações estressantes do dia-a-dia.

Abbagnano (1962, p. 600) define magia como “[...] ciência que pretende dominar as forças naturais com os mesmos procedimentos com que se sujeitam os seres animados tendo como instrumentos os encantamentos, exorcismos, filtros, talismãs para comunicação com as forças naturais ou celestiais ou infernais e as persuade a lhe obedecerem”.

Ante a falta de explicações possíveis ou a sua inadequação em virtude do que se deseja alcançar, a busca do recurso mágico é algo que pode ser acionado, visto que nele nada precisa ser explicado. Nesse sentido, Quintana (1999, p. 15) destaca que “[...] a crença na magia permite manter a ilusão de que possui-se algum tipo de controle sobre os nossos destinos”.

Assim, estudar o pensamento mágico-religioso requer a análise e compreensão de fatores culturais ligados à enfermidade, ao diagnóstico e ao tratamento, bem como a análise das relações entre os sistemas periciais e as terapias mágico-religiosas. Para isso, parte-se da idéia de que as terapias mágico-religiosas não estão apoiadas sobre critérios científicos, mas sobre critérios que se remetem a crenças e práticas culturais, em que se opera a ideologia do cotidiano.

Para o propósito deste estudo, definiu-se pensamento mágico-religioso como todas as representações e práticas relativas à saúde e à doença, que se manifestam independentes do controle da Medicina oficial, ou seja, aquela Medicina institucionalizada e regulamentada pelo Poder Público constituído (QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

Em pleno século XXI, com tanta tecnologia já desenvolvida, com a

valorização da racionalidade nos setores da sociedade moderna, observa-se que não se alcançou “banir” as práticas denunciadas freqüentemente como marginais à saúde. Ao contrário do que se imaginava, tais práticas têm retornado ao palco da saúde com grande aceitação da população.

Em face dessa realidade, torna-se necessário contextualizar o surgimento das terapias mágico-religiosas, sua degradação e seu emprego nos dias atuais.

De acordo com Montero (1985), durante os três primeiros séculos da história brasileira, a hegemonia das práticas populares pode ser em parte explicada pela existência de um número extremamente reduzido de profissionais formados da ciência hipócrita, pois, até o século XIX, o número de médicos diplomados era mínimo, não chegando, durante os séculos XVII e XVIII, a dez profissionais favorecendo, portanto, a emergência de outros atores terapêuticos, que passaram a atuar, como foi o caso dos jesuítas, dos curadores e dos pajés, que pautaram suas práticas a partir de horizontes culturais totalmente diversos.

Durante o século XVI, os jesuítas vão desempenhar, nas regiões de sua influência, um importante papel terapêutico, empregando conhecimentos médicos e cirúrgicos europeus da época, combinados aos recursos da terra advindos da cultura indígena, pois os jesuítas foram responsáveis, em grande parte, pela preservação e difusão de todo um saber mágico e fitoterápico característico dessa tradição.

Assim, a estruturação da Medicina como prática terapêutica dominante passou a prevalecer a partir do século XIX, subsidiada pela formação de profissionais de nível local. Com os avanços tecnológicos, como a descoberta da vacina, e pelo desenvolvimento de institutos de pesquisas voltados para as necessidades locais, esses conhecimentos acabam por estreitar drasticamente o campo de atuação da Medicina leiga e popular até então praticada em larga escala.

Tentativas de encontrar padrões que diferenciem as terapêuticas populares das oficiais surgem, repetidamente, destacando os processos mágico-religiosos como linha divisória entre elas. No entanto, um olhar mais demorado permite visualizar a presença do mágico-religioso até mesmo na Medicina oficial: as capelas no interior dos hospitais, a existência de crucifixos e imagens de Jesus Cristo nos quartos, as Bíblias nas saídas das UTI delatam a presença do mágico-religioso dentro do espaço da Medicina oficial (NEVES, 1984).

Nesse sentido, para Quintana (1999), não existem práticas puramente científicas ou puramente mágico-religiosas, contudo deve-se ter claro que esses

processos se apresentam de maneiras diferentes nas terapêuticas populares e nas científicas. Nas populares, eles ocupam um lugar central tanto nos seus procedimentos terapêuticos como na sua lógica interna. Já nas terapêuticas científicas, os processos mágico-religiosos se apresentam de maneira totalmente periférica, sendo também excluídos de seu discurso explícito.

Isso foi demonstrado por Donnangelo (1979), quando afirma que o sistema médico, ao se organizar em função da lógica do lucro, tende a atender desigualmente às classes sociais, do ponto de vista dos cuidados oferecidos. Para as classes mais abastadas, oferece-se um atendimento médico-hospitalar altamente sofisticado e especializado, enquanto se reserva uma Medicina medicamentosa e deficiente para as classes mais desfavorecidas.

Nesse sentido, Montero (1985) observa que tais acontecimentos acabam pesando na decisão de recorrer às terapias mágicas que, por sua vez, procuram tratar os doentes como indivíduos diferenciados e únicos, portadores de uma história pessoal e intransferível. As terapias mágico-religiosas não os consideram apenas um caso, e sim os reconhecem como sujeitos portadores de um nome. Não serão enviados, após uma espera de longas horas, de um serviço para o outro, sem explicações e, muitas vezes, num tom imperioso e brutal. A distância social é inexistente, pois os agentes terapêuticos do campo mágico-religioso, na grande maioria, pertencem à mesma camada social de seus clientes e com eles compartilham o estilo de vida e a maneira de pensar.

Como bem observa Loyola (1983), a persistência desses tipos de terapias em grandes centros urbanos não é apenas um fruto exclusivo do isolamento geográfico ou da falta de atenção médica, ela é uma reação popular à prática autoritária dos sistemas periciais que se manifesta na relação médico-paciente-instituição e na imposição de valores que estão em jogo nessa relação.

A má qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema médico, aliada à sua atenção normativa e tutelar são elementos que definem a natureza da relação que as camadas populares têm com as instituições médicas e explicam, muitas vezes, sua opção por formas alternativas de cura. Do mesmo modo, a recusa ao cumprimento de uma prescrição médica está associada não somente à falta de recursos econômicos, mas também à particularidade de sua visão de mundo, que determina a natureza de suas concepções de organismo, corpo e saúde, concepções essas muitas vezes incompatíveis com os cânones científicos que orientam a prática médica.

Laplantine e Rabeyron (1989) evidenciam uma notável explosão de outras maneiras de tratar o sofrimento humano que não os modos oficialmente

reconhecidos pela ciência. Não se trata, portanto, de um fenômeno isolado, marginal e residual; trata-se sim de práticas em crescente desenvolvimento em várias partes do mundo.

Por sua vez, Vargas (1987) assinala que, nos países em desenvolvimento, os indicadores de superstição parecem ser mais fortes e mais inclinados para os setores fortemente marginalizados, o que faz pensar muito sobre a enfermidade, a fome e a notória taxa de mortalidade por falta de assistência à saúde, como causas concorrentes para a prática de vários comportamentos mágico-religiosos.

A essas práticas mágico-religiosas se dirigem, em geral, as camadas populacionais numericamente mais significativas e que, na grande maioria, são constituídas por aquele conjunto de pessoas cujo acesso aos serviços de saúde fundados no saber oficial ocorre, em geral, por meio das instituições públicas (MONTERO, 1985).

Dentro dessa realidade socioeconômica em que vivemos, com um aumento crescente da população urbana associado ao aumento de sua pauperização e da degradação geral das condições de vida, as terapias mágico-religiosas têm se constituído, na maioria das vezes, em uma válvula de escape da população que está excluída das possibilidades de custeio do próprio tratamento.

Atualmente, não só os membros das classes populares, e sim membros de diversos estratos sociais têm procurado terapias mágico-religiosas, sendo estas, na maioria das vezes, representadas pela figura do curandeiro, pela benzedeira, pela Medicina caseira e pelas diversas instituições religiosas, em face à mídia que, por sua vez, tem incentivado a busca do místico.

Para melhor entendimento, faz-se necessário distinguir o campo de ação desses agentes. De acordo com Montero (1985), o curandeiro tem uma relação de intimidade com o mundo sobrenatural que o distingue de outros homens, mas é sempre ele que age, com seu saber, sobre a doença, e não as divindades. Em outra classe de agentes atuantes nesse campo, encontra-se a benzedeira, que se distingue do curandeiro na medida em que age sobre a doença apenas simbolicamente, pela reza. Seu campo de atuação é mais restrito, pois age preferencialmente sobre doenças de pouca gravidade, supostamente causadas por mau-olhado ou quebranto. A atuação das benzedeiros depende das qualidades pessoais daquela que benze e que deve respeitar certos rituais que regulam a utilização de palavras e gestos, sem os quais se torna incapaz de dominar ou orientar as forças mágicas responsáveis pela doença e pela cura.

Analisando o termo Medicina caseira, verifica-se que diz respeito a um

padrão curativo de conhecimento comum, muitas vezes familiar. Queiroz (1991) afirma que a Medicina caseira é representada, em geral, pelas donas de casa mulheres do meio popular, que baseiam seus cuidados à saúde em ervas medicinais, que são usadas em chás para uso interno e em banhos ou unguentos para aplicação externa. Quanto às terapias religiosas, Rabelo (1993) indica que são representadas pelo candomblé, igreja pentecostal e centros espíritas e que o papel dos líderes religiosos detém-se em negociar com o poder da Medicina, julgando intervir principalmente onde ela se revela incapaz. Rabelo (1993) assinala, ainda, que os líderes religiosos são tidos como possuidores de poder para descobrir causas ocultas.

De acordo com Laplantine e Rabeyron (1989), esses tipos de terapias têm alcançado um grande número de adeptos em face à gratuidade dos cuidados e à noção de caridade — quem recebe um “dom” deve “dar-se” — além do contato e proximidade física; tocar, apalpar, cheirar e sentir, às vezes até em seu próprio corpo, as dores do doente, o que se opõe à Medicina erudita, que, por sua vez, defende a mediação instrumental e a distância social.

A busca por esses tipos de recursos para o tratamento e cura de doenças faz-se, via de regra, sem qualquer comprometimento ideológico, ou seja, um doente pode procurar um pastor ou um pai-de-santo sem ser protestante ou espírita e sem pretensão de se converter a essas religiões. Ele pode estar apenas à procura do serviço para encontrar explicações aos fatos que estão desordenados e ainda para a obtenção da cura (QUEIROZ, 1991).

Assim, a influência do pensamento mágico-religioso traz como questão a reflexão sobre a tomada de decisão dos pacientes em tratar-se ou não. Nesse sentido, a tomada de decisão pode estar relacionada com o tipo de doença diagnosticada, com a existência de suporte social (emocional, instrumental e de orientação), com as crenças culturais vigentes, com os recursos cognitivos que dispõem (BREAKWELL, 1986).

METODOLOGIA

Este trabalho de pesquisa constitui-se em um estudo descritivo de abordagem qualitativa que pretendeu, pela análise das falas dos pacientes, extrair a essência de tratar a hanseníase. Rudio (1999) destaca que descrever é narrar os fatos e os fenômenos que acontecem em uma dada realidade. Ainda referenciando Rudio (1999), a pesquisa descritiva está interessada

em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

No que se refere à abordagem qualitativa a ser utilizada neste estudo, Minayo (1993, p. 22) considera que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Em frente a isso, o estudo da influência do pensamento mágico-religioso no processo de tratamento entre pacientes hansenianos é um tema que requer uma abordagem qualitativa.

Optou-se por pesquisar o Programa de Controle da Hanseníase localizado na Região Metropolitana do Estado, mais precisamente em Carapina, município da Serra/ES. A escolha por esse programa não ocorreu aleatoriamente, mas porque esse programa reunia características propícias para a realização da pesquisa. Atualmente, o programa encontra-se consolidado, contando com uma equipe composta por uma dermatologista, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga; possui um número expressivo de pacientes regulares e irregulares e ainda ofereceu subsídios (carro para visita domiciliar) para que a pesquisa fosse realizada.

Os sujeitos da pesquisa foram pacientes hansenianos registrados no Programa de Controle da Hanseníase localizado em Carapina/Serra-ES, divididos em dois grupos: Grupo A – pacientes em tratamento regular e Grupo B – pacientes em tratamento irregular.

Entende-se que os pacientes em tratamento regular são aqueles que estão comparecendo ao serviço de saúde mensalmente após a consulta e administração da medicação; e os pacientes em tratamento irregular são aqueles que estão em situação de falta e abandono ao tratamento. O Ministério da Saúde considera falta ao tratamento quando o paciente deixa de comparecer ao programa a partir da data que está marcada no cartão de aprazamento; e abandono quando o paciente deixa de comparecer ao programa por um período de doze

meses consecutivos (BRASIL, 1999).

Assim, a pesquisa contou com a colaboração de vinte pacientes hansenianos, sendo dez em situação regular e dez em situação irregular, registrados no Programa de Controle da Hanseníase localizado em Carapina/Serra-ES.

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados. Em um primeiro momento, foi aplicado um questionário composto de questões de ordem socioeconômica com o objetivo de traçar um perfil social da clientela acometida por essa enfermidade.

Em um segundo momento, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, envolvendo temas como: conhecimento da doença, opiniões acerca do modo de contágio, tipo de práticas não oficiais e crença na resolutividade de práticas oficiais e/ou não oficiais, visando a responder às questões indagadas pela pesquisadora.

Para Marconi e Lakatos (1990), a entrevista semi-estruturada oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe a resposta de informante.

Os instrumentos foram discutidos com três professores doutores das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, para análise e sugestão, sofrendo algumas reformulações por indicação desses profissionais. O estudo também contou com a elaboração de um termo de consentimento, o qual o entrevistado assinava permitindo a realização e uso de gravador.

Em um primeiro momento, os instrumentos foram testados com dois pacientes para verificação e compreensão das perguntas pelos entrevistados, considerando-se o nível instrucional. Em um segundo momento, os instrumentos foram aplicados no estudo piloto a um total de seis pacientes, sendo três em situação irregular ao tratamento e três em situação regular.

Segundo Marconi e Lakatos (1990), o estudo piloto consiste em testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de verificar até que ponto esse instrumento tem realmente condições de garantir resultados isentos, sem erros.

Após o estudo piloto, iniciou-se a coleta de dados totalizando vinte pacientes: dez em tratamento regular e dez em tratamento irregular. As entrevistas foram realizadas por meio de visitas domiciliares aos pacientes irregulares e na unidade de saúde aos pacientes regulares. Foram gravadas e, posteriormente, transcritas, tomando-se o cuidado de substituir os nomes reais

dos participantes do estudo por nomes fictícios. Optou-se por identificar os pacientes em situação irregular ao tratamento com nomes que iniciam com a letra *I* e, para os pacientes em situação regular, usou-se a letra *R*.

Para análise e discussão dos dados das entrevistas, utilizou-se análise de conteúdo, conforme proposição de Bardin (1977, p. 32), que define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens [...]. Pertencem ao domínio da análise de conteúdo, todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação, a partir de um conjunto de técnicas, que embora parciais, são complementares.

Nesse sentido, a análise de conteúdo proposta sob a ótica de Bardin realizou-se por meio dos seguintes passos: transcrição das entrevistas, leitura do texto e verificação dos termos semelhantes, unidades de análise, agrupamento em categorias gerais, discussão com a orientadora, reagrupamento das categorias e análise final.

RESULTADOS

A idade variou entre a mínima de 18 anos e a máxima de 75 anos (média de 37 anos). A relação feminino: masculino foi de 1,5:1. Levantamentos nacionais apontam que a doença vem incidindo em maior proporção entre homens, embora se observe uma redução na diferença entre os sexos (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998). A questão aqui evidencia a necessidade de reflexões que analisem o impacto diferenciado do processo de adoecer entre homens e mulheres. Uma das possíveis explicações é o fato de a mulher estar mais atenta ao aparecimento de sinais e sintomas em seu corpo. Oliveira e Romanelli (1998) assinalam que o medo de contaminar a família, de ser abandonada pelo companheiro e a preocupação com a aparência física faz com que as mulheres busquem com regularidade os serviços de saúde mais

que os homens. Tal fato leva-nos a pensar que a doença pode não atingir em maior proporção as mulheres e sim os homens, no entanto são as mulheres que se preocupam com mais freqüência com os serviços de saúde.

Em relação à idade, observa-se que a doença tem atingido, em geral, indivíduos que se encontram na fase economicamente produtiva e inseridos no mercado de trabalho, conforme com levantamento realizado entre os anos de 1994 e 1999 no Programa do Controle de Hanseníase da Unidade de Saúde de Carapina (FOGOS; GARCIA, 1999).

Quanto ao estado civil, a amostra se compõe de oito casados(as), quatro solteiros (as), quatro separados(as) e três viúvos(as). A prevalência de indivíduos casados está de acordo com a faixa etária média dos pacientes, quando uma grande parcela da população já tem família constituída e cujo impacto sobre todos é significativo.

Quando a doença acomete um membro do grupo familiar, a ausência de recursos internos e/ou externos necessários para o enfrentamento do problema pode gerar estresse familiar. Esse aspecto pode estar relacionado também com a repetição com que esses problemas de doença ocorrem ao longo do ciclo de vida familiar (CARTER; MCGOLBRICK, 1995).

Com referência à escolaridade, quatro eram analfabetos, oito possuíam o 1º grau (incompleto), um cursou o 2º grau (incompleto) e cinco tinham o 2º grau. De acordo com o censo realizado no ano de 2000, a média em termos de anos de estudo no município da Serra é de cinco anos, sem considerar o sexo, o que corresponde ao 1º grau (incompleto) e ainda 16% da população geral do município (321.181 hab.) apresentam-se sem instrução, com menos de um ano de estudo (IBGE, 2002). O baixo nível de escolaridade do paciente provavelmente acaba por refletir em seu entendimento quanto ao tratamento, ou seja, quanto menor o grau de escolaridade, maior poderá ser a sua dificuldade de compreensão em relação às informações recebidas sobre o tratamento. Outro aspecto a ser observado é a correlação apontada em vários trabalhos, entre anos de estudos e a utilização dos serviços de saúde (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

Em relação à ocupação atual, destacam-se dois grandes grupos: entre as mulheres, predomínio da exclusão do mercado de trabalho e exercício da função de cuidar da família (do lar-5), há também aquelas inseridas no mercado de trabalho informal (3), fato que, por sua vez, não elimina a sua função de cuidar do bem-estar da família. Entre os homens, destacaram-se atividades que requerem pouca ou nenhuma qualificação profissional. O fato de serem

oriundos de estratos de baixa renda, cuja realidade os impulsiona ao mercado de trabalho, deixando a escola em fase inicial, acaba por acarretar a aceitação de profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação profissional, quando não são absorvidos pelo mercado trabalho informal, refletindo diretamente em sua baixa renda familiar.

No que se refere ao nível de renda familiar, os entrevistados em geral situavam-se numa faixa que varia de um a cinco salários mínimos, havendo um predomínio da faixa de dois salários mínimos. Vale ressaltar que, dos pacientes entrevistados, quinze já possuíam filhos em menor idade. O baixo salário, aliado à manutenção da família, acaba por refletir no baixo poder aquisitivo, interferindo assim em sua qualidade de vida.

Em relação à moradia, os pacientes, em geral, procedem de bairros periféricos, resultantes de invasões, cujas características são construções precárias, sem qualquer tipo de planejamento habitacional, com a inexistência de uma infra-estrutura adequada (ausência de saneamento básico, de transporte, de recolhimento regular de lixo domiciliar), o que expõe seus moradores a uma baixa qualidade de vida.

Nesse sentido, procurou-se definir o que seriam terapias oficiais de saúde e terapias mágico-religiosas.

A terapia oficial se circunscreve ao padrão médico vigente: sistêmico, organicista e predominantemente alopático. Com a padronização da hanseníase, a expectativa inicial do sistema de saúde é que ocorresse uma redução drástica no número de casos novos, fato que não se efetivou e que, conseqüentemente, trouxe à tona debates sobre mecanismos eficazes de se reduzir falhas no tratamento (WHO, 1997; GONÇALVES et al., 1999; LIMA et al., 2001).

Observa-se que o ponto de vista do paciente e o seu contexto social e cultural tornam-se elementos que ampliam a discussão para além das fronteiras da clínica, visto que as concepções que o paciente apresenta não se restringem apenas aos ensinamentos oferecidos pelos sistemas oficiais (GONÇALVES et al., 1999).

As terapias de cunho mágico-religioso circunscrevem-se a um padrão curativo de conhecimento baseado no senso comum. Em geral, são exercidas pelas benzedeiros, ervateiros, curandeiros e líderes de cunho religioso (GAMA, 1996). É sobre essas escolhas terapêuticas que será centrada a discussão.

Constatou-se que somente três pacientes fazem uso apenas de terapias

oficiais para tratar a hanseníase, no entanto, nesse grupo, dois mencionam ter buscado auxílio em terapias mágico-religiosas antes de descobrir o diagnóstico, mas não obtiveram sucesso.

Antes de saber que era hanseníase, fiz uso de garrafadas, mas não adiantou nada, só gastei muito dinheiro. Depois que soube que era hanseníase, larguei as garrafadas e passei a tratar no Centro de Saúde (ROBERTA).

Sempre tratei com a médica, porque ela passa os remédios e eu tomo direitinho e tem dado certo (RÔMULO).

Antes de ir no médico, eu fui na Igreja Deus é Amor pra eles orar por essas manchas e eles disseram que era impingem e que isso era trabalho de macumba [pois] alguém tinha jogado em mim um fogo de pólvora, mas eu não acredito. Hoje eu só uso o remédio que a médica passou porque eu acho que não adianta passar outra coisa, mas eu tô preocupada porque tomo remédio e as manchas não desaparecem já até cheguei a fazer uns banhos nessas manchas pra vê se desaparece (REGINA).

A atuação dos sistemas oficiais é fruto de uma construção em que o profissional detém a ciência, algo que pertence a poucos. Para Bauman (1999), do ponto de vista do usuário, os sistemas oficiais oferecem soluções aprovadas para os desconfortos e ansiedades individuais apresentando soluções específicas para o problema. Assim, o apoio especializado (terapias oficiais) oferece ao paciente meios e técnicas para escapar de seu estado atual. Diante de uma autoridade incontestável, seja pela distância de classe social, seja pela diferença de linguagem, resta ao indivíduo acatar, ou não, o tratamento proposto pelo especialista (médico). Dois aspectos podem ser evidenciados nas falas: a) a eficácia do procedimento proposto pelo médico e a interação entre profissional e usuário; b) os efeitos produzidos pelos medicamentos.

A percepção da eficácia do tratamento proposto pelo paciente é apontada, por diferentes autores, como fundamental no processo de adesão à proposta (GONÇALVES et al., 1999; LIMA et al., 2001; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Nesse sentido, a constatação é que o mote da adesão está dando certo.

Outro aspecto apontado é o uso de medicamento e o não desaparecimento das lesões cutâneas. A relação entre o indivíduo e os medicamentos de que

deve fazer uso nem sempre é simples ou se restringe ao seu consumo diário. Mas há também a expectativa de cura, a presença/ausência de efeitos colaterais, entre outros (GONÇAVES et al., 1999). Assim ante a expectativa de desaparecimento da manifestação externa da doença – as manchas – surge em cena a possibilidade de associação do tratamento oficial a outros recursos.

O estudo aponta também que, em um grupo de vinte pacientes entrevistados, quatro afirmaram fazer uso apenas do recurso mágico-religioso.

Depois de um tempo, parei o remédio e só continuei fazendo a campanha e passando óleo ungido em cima das manchas. Você pode não acreditar, mas as manchas têm sumido, não é delírio não, eu não estou louca. Deus me livre se eu não passasse [o óleo]! (IRACI)

[...] a pessoa do terreiro falou que foi feito macumba pra mim e dizem que é hansenia pra mim poder ir se tratar e tomar remédio até morrer [...]. Aí ele passou uns banho de erva e mandou eu comprar um remédio na farmácia, levar pra lá pra ele preparar com reza pra mim passar [...], com uma semana eu tava usando, fiquei boa [...] meu rosto ficou normal, não senti mais nada (IONE).

[...] tratei com os médicos e também eu era da Igreja Assembléia de Deus. Resolvi largar os remédios, porque passava muito mal e também engravidei, nesse período. Meu ex-marido me indicou fazer uma campanha lá na Igreja de Sete Dias. Lá, através da revelação, a irmão disse: Você tem uma doença no seu corpo e agora foi curada. E eu acredito que estou curada (IVETE).

Atualmente, não tenho feito nada pra tratar [...], mas sempre que vou à Igreja, oro a Deus pra Ele curar e assim como Ele me livrou do mundo das drogas, Ele pode me curar desse problema, basta esperar Nele (IGOR).

Essa opção explícita o sentido e o significado atribuídos aos acontecimentos. Oliveira e Romanelli (1998) apontam uma prevalência desses recursos entre as mulheres. A religião teria como função fornecer apoio e compreensão, bem como um caminho para se livrar dos castigos dos quais se consideram merecedoras.

Esses pacientes optaram por abandonar o tratamento oficial e buscar o recurso mágico-religioso para tratar-se. Para eles, o recurso mágico-religioso fornece explicações, mesmo que precárias ou insatisfatórias, para algo perturbador e ainda oferece cura rápida ao seu problema. Segundo Macedo

(1989), esse tipo de escolha dá ao homem a sensação de que o mundo pode ser controlado.

Recorrendo ao trabalho de Boltanski (1989), percebe-se que, muitas vezes, a linguagem médica é subjetiva e inacessível ao cliente comum, enquanto o recurso mágico-religioso utiliza uma linguagem que é imediatamente compreendida pelos membros de sua comunidade, seja por falarem a mesma língua, seja por virem em seus clientes uma totalidade, corpo e alma, inserida no contexto social.

O estudo mostra ainda que, entre os vintes pacientes entrevistados, oito alegaram buscar tratamento com recurso oficial aliado ao recurso mágico-religioso.

Eu tomo o remédio pra dor nos nervos e na perna, e também vou na Igreja, faço campanha pra Deus tá operando em favor da cura, mas as campanhas não acontece sempre não, mas a oração na Igreja eu participo constantemente em favor desse pobremas e aí a médica faz parte dela e Deus faz parte Dele (ROMUALDO).

Continuo na Igreja. Lá eu sempre oro pra Deus atuar nos remédios, mas, logo que termina o culto, venho embora para que as pessoas não perguntem o que tenho. Hoje já não pego mais as crianças no colo, porque tenho medo dos seus pais descobrirem meu problema e me discriminarem, por isso prefiro me isolar. Mas tenho tido total apoio da minha família. Ninguém me discrimina, inclusive meu filho mais velho sempre me abraça e diz que eu já devo me sentir curada, isso me faz senti muito bem (RITA).

Eu faço tratamento aqui, mas também procuro ir nos cultos da Igreja e lá sempre oro pra Deus curar [...] o pastor foi na minha casa orar por mim e disse pra seguir o tratamento conforme a médica mandou, mas eu penso que devo também buscar a Deus pra unir um ao outro (ROGÉRIO).

[...] eu tomo os remédios, a médica manda eu voltar quando acabar a cartela, aí eu venho de novo [...] e também vou na Igreja crente. Teve um dia que eu tava falando com o pastor sobre saúde. Ele orou e falou que com um tempo vai saindo. O pastor ungiu com óleo e eu achei que melhorou bastante, mas, mesmo assim, continuo tratando aqui no posto (ROSANA).

[...] hoje estou fazendo tratamento aqui. Venho todo mês, pego os remédios e tomo como a médica manda. A única coisa que não faço é deixar de comer

determinadas coisas que ela mandou, mas também sempre vou à Igreja, porque eu sou evangélico da Maranata, sempre oro a favor de Deus curar essa enfermidade (RICARDO).

Na época desse problema, eu já ia na Igreja. Como a médica não conseguia me curar, eu resolvia fazer campanha lá na Igreja para Deus tá curando e fui abençoada, porque, além de receber apoio dos irmãos, Deus também iluminou a médica pra me encaminhar pro posto de saúde melhor e hoje ainda trato no posto e continuo orando na Igreja (RAQUEL).

Hoje eu tô tomando [o remédio] do jeito que ela mandou. Já tô nasegunda dose. Sinceramente, eu espero que antes de completar a sexta dose, eu já não sinta mais nenhuma dormência. Pra isso eu sempre oro e coloco nas mãos de Deus pra Ele abençoar esses remédios pra poder eu ficar boa logo (ROSELI).

No começo, tive medo de que meu namorado me largasse, mas ele me deu muito apoio, era nos braço dele que eu me lamentava. Nessa época, eu também participava de quase tudo na Igreja Católica. Eu era coordenadora de Crisma, catequista, participava do grupo de jovem, ia, às vezes, no grupo de adolescente ajudar, ia à missa e no grupo de oração. Nesse grupo, eu orava por esse problema, mas as pessoas não sabiam porque eu tinha medo deles se afastarem de mim (INGRID).

Tais pacientes provêm de facções religiosas que, por sua vez, procuram dar ênfase na mensagem à “cura divina”. Segundo Figueira (1996), o recurso religioso oferece a seus seguidores, além de uma suposta resposta a seus problemas e aflições, uma rede de relações pessoais importante para sua própria sobrevivência.

Nesses relatos, é possível observar que existe uma relação de complementaridade entre a terapêutica religiosa e a científica.

Para os entrevistados, a Medicina é necessária e tem um papel a cumprir, aliada à terapia religiosa que se apresenta competente ou mais capacitada a complementar a insuficiência das terapias científicas, que, por sua vez, não se atêm às dimensões culturais, sociais e emocionais causadas pela doença. Nesse sentido, ao recorrer ao rito religioso, os pacientes podem estar em busca dos significados para a doença e recursos para controlar o sofrimento por ela causado.

Do ponto de vista das Ciências Sociais, especialmente da Antropologia, o pensamento mágico e o pensamento científico não são colocados em extremos

opostos, são apenas formas diferentes de pensar o mundo e não estabelecem nenhuma relação de certo x errado ou atrasado x evoluído. Para Lévi-Strauss (1976), o pensamento mágico é tão completo, acabado e coerente quanto a ciência e propõe que, ao invés de opor magia e ciência, deve-se colocá-los em paralelo, como duas formas de estratégias de enfrentamento do problema.

No entanto, entre vinte pacientes entrevistados, houve cinco que mencionaram não buscar nenhum tipo de recurso pra tratar-se:

Fiquei tomando o remédio sem saber o que tinha durante quatro meses e piorando cada vez mais, aí então decidi parar de vez. Pra falar a verdade, eu acho que não tenho essa doença, eu não sinto nada (IVANILDA).

[...] eu fiz exame e no exame constatou esse problema, então comecei a tomar esse remédio. Passei a ir todo mês para pegar remédio, tomei várias cartelas e achei que melhorou muito, aí então decidi parar, porque, além de não sentir mais nada, não acho bom ficar me ausentando do trabalho para ir ao posto [...] lá no trabalho eles não sabem desse problema por causa da discriminação, eles não têm conhecimento da doença e acham que isso é o fim do mundo. Hoje eu só tenho essa manchinha [no braço], mas as dormências sumiram, bastou apenas tomar aquela quantidade de remédio e hoje não preciso de fazer mais nada (ÍTALO).

Olha, minha filha, hoje eu resolvi não fazer mais nada. Não tomo mais aqueles remédios da unidade de saúde e nem vou na conversa dessas pessoas que dizem que cura. Depois de tudo que passei, resolvi então não fazer mais nada, nada e estou melhor que antes (IVONETE).

Atualmente, não tenho feito nada pra tratar. Eu queria fazer o tratamento fora da unidade, porque aquilo ali [unidade de saúde] é atraso de vida. Você vai lá, não é bem atendido e, às vezes, é até maltratado e não resolvem seu problema. Eles não fizeram nem exame em mim e passaram remédio e eu não sei nem que remédio eu tava tomando. Em menos de dois meses, eu tomei duas cartelas de remédio, achei melhor então parar de tomar esse remédio e procurar outro serviço de saúde, mas até agora não procurei [risos] (INÁCIO).

[...] eu cheguei a tomar 33 comprimidos, mas resolvi parar, porque esse negócio tava me capando, então saí fora pra te dizer a verdade eu acho que não tenho essa doença, porque, se tivesse, pelo que vi, que já tava até caindo o dedo (IVAN).

Nesse sentido, Bakirtzief (1994) confirma, em seu estudo, que os pacientes não aderentes não apresentam “vínculo afetivo” com algum profissional da equipe, ao contrário dos pacientes aderentes que, por sua vez, apresentam um vínculo importante com um determinado profissional da equipe.

A recusa ao cumprimento de uma prescrição médica está associada não somente à falta de recursos socioeconômicos, mas, sobretudo, à particularidade de sua visão de mundo que determina a natureza de suas concepções de saúde, na maioria das vezes incompatíveis com os cânones científicos.

Assim, de acordo com Pedrosa (1991), a saúde é um estado que cada pessoa define de acordo com os próprios valores. Uma condição incapacitante e temporária pode se constituir em doença para um indivíduo, enquanto a mesma incapacidade para outro pode ser considerada saudável.

Nesse sentido, o descaso e a não aceitação do diagnóstico de hanseníase advêm como estratégia de enfrentamento utilizada pelo paciente numa tentativa de manter as relações nas quais se encontra inserido do mesmo modo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho, pôde-se constatar a diversidade de situações que interferem nesse processo: a condição socioeconômica, as condições de acesso à unidade de saúde, a satisfação com os trabalhos prestados pela equipe e o suporte familiar. Assim, muito mais que uma resposta descobrimos que estávamos em busca de várias respostas.

O estudo apontou que a hanseníase, mesmo passível de cura, na perspectiva do sistema oficial, a partir da adoção de um esquema terapêutico centrado na poliquimioterapia e a ida mensal à Unidade de Saúde, é permeada por um sistema explicativo ancorado no pensamento mágico-religioso que, por sua vez, interfere no processo de tratamento.

Ao oferecer uma outra forma explicativa do fenômeno, o pensamento mágico-religioso propõe um conjunto de terapias mágico-religiosas, nas quais o alvo a ser alcançado é o mesmo do sistema oficial – a cura. O recurso mágico oferece aos seus frequentadores um leque de respostas direcionadas a aplacar os medos que se originam da ausência de respostas avaliadas como adequadas no sistema oficial.

Independente da situação atual quanto ao tratamento, o estudo mostrou que tanto os pacientes irregulares quanto os regulares se utilizaram de terapias mágico-religiosas como estratégia de enfrentamento do problema, estando ancorados na lógica religiosa, especialmente, as vinculadas a religiões pentecostais. Assim, o espaço científico e/ou religioso é usado como estratégias de enfrentamento e percebido nitidamente como complementar entre pacientes em situação regular e/ou irregular ao tratamento.

Nesse sentido, o sistema explicativo de que o paciente se utiliza para explicar a doença resulta na condução do caminho escolhido para o tratamento.

Tendo identificado a existência do pensamento mágico-religioso entre pacientes hansenianos, resta-nos, como profissional pertencente ao sistema oficial, indicar:

a necessidade de reformulação de metodologia de intervenção utilizada no tratamento da hanseníase, com a mudança tanto na postura dos técnicos quanto um maior investimento em acompanhamento, incorporando ações que valorizem os aspectos socioculturais;

a viabilização de espaços de discussão e troca entre representantes da Medicina oficial, da Medicina caseira e das diversas ramificações religiosas que, em conjunto, resultasse na construção de um sistema de atendimento que leve em consideração as necessidades da comunidade e, ainda, possa ser estimuladas a capacidade de reivindicar saúde, participando de sua conquista.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1962.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas de diagnóstico, tratamento e controle da hanseníase**: revisão de critérios discutidos pelo comitê assessor. Brasília, 1999.

BARKIRTZIEF, Z. **Águas passadas que movem moinhos**: as representações sociais da hanseníase. 1994. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, PONTIFÍCIA

UNIVERSIDADE CATÓLICA, São Paulo, 1994.

BARDIM, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989.

BREAKWELL, G. M. **Coping with threstened identities**. Londos/New york: Methuem, 1986.

CARTER, B; Mc GOLBRICK, M. **Mudanças no ciclo familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DONANGELO, C. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Ed. Duas Cidades, 1979.

FOGOS, A. R; GARCIA, M. L. T. Um estudo comparativo sobre a não adesão ao tratamento. In: ENCONTRO ABRAPSO, 10., 1999, São Paulo. **Resumos...** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.198.

GAMA, W. G. Relações entre medicina caseira e a medicina oficial em moradores e usuários da Unidade Básica de Saúde de Potuverá. **Psicologia**, São Paulo, n. 2, maio 1996.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande doo Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 15, n. 4, out/dez. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Censo 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 10 fev. 2002.

LAPLANTINE, RABEYRON. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LEVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. Tradução de M. C. C. Souza e A. Aguiar. 2. ed. São Paulo: Ed Nacional, 1976.

LIMA, M. B. de et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 17, n. 4, jul./ago. 2001.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Ed Dief, 1983.

MACEDO, C. C. **Imagem do eterno**: religiões no Brasil. São Paulo: Ed Moderna, 1989.

MARCONI, M. A.; & LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: uns revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 17, n. 4, jul./ago. 2001.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MONTERO, P. **Da doença à desordem**: a magia na umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

NEVES, D.P. **As "curas milagrosas" e a idealização da ordem social**. Niterói: Universidade Fluminense CEUFF/PROED, 1984.

OLIVEIRA, M. H. P. de; ROMANELLI, G. Os efetis da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v.14, n. 1, jan./mar. 1998.

PEDROSA, L. A. K. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença**: base para a compreensão de suas ações em saúde. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade São Paulo Ribeirão Preto/SP, 1991.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. Queiroz, 1991.

QUEIROZ, M. de S. **Representações sobre saúde e doença**: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Ed Unicamp, 1991.

QUEIROZ, M. de S.; PUNTEL, M. A endemia hanseníca: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

QUINTANA, A. M. **A ciência da benzedura**: mau-olhado, simpatias e uma pitada e picanálise. Bauru, São Paulo: EDUSC, 1999.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 9, n. 3, p. 316-324. jul./set. 1993.

RUDDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

VARGAS, C. **Estudio etnográfico del comportamiento magico religioso em la Venezuela contemporânea**. Maracaibo, Venezuela: Astro Data, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Global Leprosy Programme DOTS: Directly Observed Treatment Short-Cours**, 26 May, 1997.

O ESTRESSE COTIDIANO DAS PESSOAS ADOECIDAS POR LESÕES DE ESFORÇOS REPETITIVOS/DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS COM O TRABALHO

Luzimar dos Santos Luciano
Denise Silveira de Castro

INTRODUÇÃO

O enfoque de saúde do trabalhador, como políticas públicas no Brasil, teve como marco referencial a Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, a Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º. 8.080). Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), vários municípios e Estados brasileiros iniciaram um processo de implantação e organização dessa ação como política.

No Estado do Espírito Santo, a capital Vitória, atendendo ao disposto na Lei Orgânica de Saúde, foi criado em 1992, o Programa de Saúde do trabalhador (PST). De acordo a demanda de atendimento deste serviço no período entre 1992 a 1994 não houve alteração significativa no perfil de morbidade, sendo a surdez ocupacional o principal problema apresentado, e a demanda dos trabalhadores eram de indústrias siderúrgicas, metalúrgicas e construção civil (SEMUS/PST,1995).

A partir do ano de 1995, um novo cenário começou a ser apresentado no Programa (PST) com a mudança no perfil epidemiológico decorrente do aumento no número de casos de pessoas adoecidas com Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), levando o primeiro lugar em atendimentos no serviço, perfazendo um total de 37,26% dos usuários que deram entrada no sistema. Nos anos subseqüentes, com a implantação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST), os indicadores de demanda nesse serviço aumentaram, constituindo: 39.96% da clientela atendida no ano de 1996, 42% em 1997, 48% em 1998, 34,9% em 1999, tornando-se o principal problema enfrentado pelos profissionais, na assistência à saúde do trabalhador (CRST, 1999).

Estudos sobre a avaliação dos acidentes de trabalho no Espírito Santo, realizados por Luciano, Bourguignon e Rafal (1998), indicaram que o esforço

de repetição representou o segundo lugar na incidência de fatores causais de acidentes.

[...] as LER tem sido consideradas como um dos grupos de doenças do trabalho mais importantes nesse século, tendo em vista: o grande número de trabalhadores acometidos, processos de produção a elas associadas, a complexidade que envolve sua definição, diagnóstico, tratamento e o desenvolvimento de medidas profiláticas nos locais de trabalho, além dos custos para tratamento, recuperação e pagamento de benefícios sociais, hoje, proporcionalmente o mais elevado entre todos os problemas de saúde decorrentes do trabalho (BORGES, 1999, p. 4).

As pessoas adoecidas por LER/DORT vivenciam uma série de situações em decorrência de seu processo patológico, sendo a dor a principal. Somam-se a ela outras situações, como abandono, injustiças, incapacidade para realizar tarefas do dia-a-dia, problemas nos relacionamentos afetivos e familiares, discriminação no trabalho pelas chefias e colegas, o afastamento do trabalho, o sentimento de inutilidade, tratamento longo e muitas vezes paliativo, o medo da demissão, a desqualificação, o desemprego, a revolta e questionamentos do seu papel como cidadão, que sempre trabalhou e, no momento em que mais necessita de apoio das diversas instâncias que envolve o seu problema, encontra dificuldades e resistências, além dos embates para o reconhecimento do nexos causal/técnico,² criando, assim, problemas de ordem previdenciária e trabalhista e situações de sofrimento intenso. Todo esse vivenciar das pessoas adoecidas por LER/DORT é demonstrado nos estudos, dentre outros, dos autores: Aguiar (1998), Ribeiro (1999), Borges (1999), Sato (1993, 2001). Diante de todo esse estado de fragilização, algumas pessoas enfrentam positivamente o problema, com seu processo interno de luta, e outras se deprimem.

Essa situação de fragilização compromete a pessoa nos aspectos biopsicossociais, podendo interferir nas suas relações cotidianas e gerando, também, diferentes estratégias, para enfrentar a situação, que podem ser benéficas e eficazes ou malélicas. Portanto, o adoecimento por LER/DORT representa um desafio para a pessoa que vivencia, como também para a sociedade, pois trata-se de um problema de saúde pública de grande magnitude social.

A vivência de experienciar, no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, a assistência individual e em grupo às pessoas em situação de

adocimento por LER/DORT foi o que motivou esta investigação sobre o estresse e os estressores com que essas pessoas convivem no seu dia-a-dia. Esse cenário tem se constituído o mundo de trabalho de pessoas que militam na área de saúde do trabalhador. Observa-se todo um contexto marcado por fragilidades e lutas, diante de situações geradoras de estresse, que precisam ser identificadas e avaliadas, para assim possibilitar a essas pessoas formas de enfrentamento no caminhar da vida. O profissional de saúde e, em especial a(o) enfermeira(o), tem um papel preponderante, no sentido de ajudar às pessoas adoecidas por LER/DORT a repensar o seu processo histórico como ser trabalhador e atuar nas ações terapêuticas que possibilitem o enfrentamento da dor e a “equalização do estresse”,³ assim como ser um agente facilitador no entendimento de seu processo de reeducação para o autocuidado e mudança no modo de operar a vida, já que o acometimento por essa doença leva à necessidade de mudança no estilo de vida.

Toda essa situação foi motivo para o despertar de muitos questionamentos, estudar as questões cotidianas das pessoas adoecidas por LER/DORT e toda a sua rede de complexidade no contexto global do ser doente, principalmente a tensão que envolve o reconhecimento da doença e as suas implicações nas relações sociais. Esse sentimento gerou alguns questionamentos como: há relação entre o nexos causal/técnico e o nível de estresse nas pessoas adoecidas por LER/DORT? Será que as pessoas adoecidas, sem o nexos causal/técnico reconhecido, possuem um maior nível de estresse em relação aos que têm o reconhecimento do nexos causal/técnico? As pessoas, com situação de litígio, possuem maior nível de estresse em relação às que não se encontram nessa situação? Como estão as pessoas desempregadas? O tempo de adoecimento interfere no nível de estresse? Quais são os estressores vivenciados pelas pessoas adoecidas por LER/DORT? Essas questões mobilizaram investigação do objeto “estressores e estresse” das pessoas adoecidas por LER/DORT.

Estudar o estresse e identificar os estressores das pessoas adoecidas por LER/DORT constitui um desafio, considerando a conjuntura em que o problema se apresenta na atualidade. Vale reafirmar que, nesta pesquisa, o estresse estudado foi aquele relacionado com o produto do impacto da doença no cotidiano de uma pessoa acometida por uma patologia decorrente do trabalho. É importante ressaltar que, mesmo fazendo o recorte de um grupo de pessoas já adoecidas, existe a compreensão de que a pessoa possui uma situação referente à sua história de vida, um vivenciar presente do ser doente, e todo o processo o qual viveu e vive, com repercussões para a sua vida no aqui-

agora, e também futura em face ao estresse a que ela vem se submetendo, ao longo de sua vida. Portanto, quando é adotada a compreensão do estresse, como produto do impacto do adoecimento, está vinculado todo o estresse antecedente à manifestação biopsíquica do adoecer.

Dessa forma, pode-se ter uma visão global do quanto o cotidiano de vida e trabalho dessas pessoas contribui na sua forma de adoecer.

Diante da opção do objeto de estudo, a definição de estresse e estressor para esta pesquisa emergiu de uma avaliação conceitual dos principais teóricos e demais autores que investigam a temática. O conceito de estresse não representa um consenso na literatura atual. É motivo de questionamento por parte de alguns autores, como Castiel (1984), dentre outros. Mesmo diante das diversas definições, alguns pesquisadores, como Hans Selye (1959) e também Lazarus e Follamn (1984), representam conceitos clássicos e são suporte de referenciais em pesquisas que têm como objeto de estudo o estresse.

A definição de estresse como processo adaptativo natural, que ocorre em todas as formas de vida, é defendida por Portnoi (1999). Para a autora, o ato da existência e do viver está implícito em um contínuo esforço de adaptação.

Diante do exposto, o conceito de estresse e estressor foi assim definido para este estudo:

- **ESTRESSE** – é um processo e reação que ocorre em frente à relação da pessoa com o seu meio ambiente biopsicossocial e que pode desencadear uma resposta de desarmonia ou desestabilização do seu bem-estar;
- **ESTRESSOR** – é qualquer evento ou mecanismo que possa desencadear o estresse.

É importante ressaltar que, neste estudo, o estresse é um componente gerador do processo de desestabilização com vistas à manutenção da harmonia, independente dos fatores causais, sejam eles físicos, biológicos,

². Nexo-causal/técnico: é a comprovação da relação da origem da doença com o ambiente ou processo de trabalho. Para efeitos deste trabalho, serão usadas as duas terminologias como correlatas

organizacionais, políticos, econômicos e sociais, dentre outros.

LER/DORT: UMA DOENÇA ATUAL E RESULTANTE DO PROCESSO E DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A LER/DORT, apesar de ser uma doença emergente do século XX, é uma patologia que foi descrita em 1700, quando foi identificada em escribas. Na ocasião, foi relatada como causa decorrente da atividade de repetição no processo de escrita e da atenção do trabalhador (RAMAZZINI, 1992).

A doença acontece em todo o mundo industrializado, com terminologias diferentes. No Brasil, atualmente, é usado, pela Previdência Social, Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o termo Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT). O termo LER consagrou-se no País devido ao processo histórico e de luta social para o reconhecimento da doença, como ocupacional, no final da década de 1980. Apesar da terminologia LER está associada à ação repetitiva e, atualmente, existir a nova denominação DORT, neste estudo, decidiu-se por trabalhar com ambas as terminologias (LER/DORT), contemplando, assim, a denominação oficial e a consagrada popular e historicamente.

Embora seja conhecida há bastante tempo, somente nos últimos vinte anos adquiriu importância em países desenvolvidos, devido ao número elevado de pessoas acometidas e ao alto índice de indenizações. É classificada dentre os dez principais problemas relacionados com saúde nos Estados Unidos, correspondendo a 50% dos casos de doenças ocupacionais notificadas, que atingem trabalhadores de diversos ramos de atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2000).

No Brasil, o aumento do número de casos tem sido detectado, nos últimos dez anos, e a doença foi reconhecida inicialmente na categoria bancária, especialmente em digitadores. Logo passou a ser evidenciada e diagnosticada em outros ramos de atividade, como indústria, comércio, alimentação, setor têxtil, metalurgia, comunicação, dentre outros, tornando-se uma das doenças de maior notificação na Previdência Social. A LER/DORT constitui o paradigma das repercussões do trabalho na saúde do trabalhador, por acompanhar as transformações no mundo do trabalho e os processos produtivos existentes no

³. Terminologia criada por Santos (1990), na terapêutica às pessoas com dor, significando diluir os estressores e equilibrar o estresse, objetivando a harmonia.

final do século XX e neste início de século XXI (BORGES, 1999).

LER/DORT é um nome genérico dado a um conjunto de afecções heterogêneas, acometendo músculos, tendões, sinóvias, articulações, vasos e nervos, que podem aparecer em trabalhadores submetidos a certas condições de trabalho. Atinge principalmente os membros superiores, incluindo mãos, braços, ombros e toda a região cervical e dorsal. Tem sido relacionada, em geral, com o trabalho manual e repetitivo, uso da força muscular intensa, posturas estáticas e/ou inadequadas e estresse (OHARA, 1976; FERREIRA JÚNIOR, 1997). A associação da LER/DORT, como doença associada à organização do trabalho, é descrita nos estudos de Sato (1993, 2001), Santos Filho e Barreto (1998), Borges (1999), Ribeiro (1999), Murofuse (2000) e Oliveira (2001).

A dor é um sintoma fundamental nas pessoas adoecidas. Seu aparecimento é insidioso, de intensidade progressiva, mas freqüentemente levando anos para atingir um estágio de incapacidade de realização de movimentos corporais da parte atingida. No estágio da doença em que a dor incapacita para o trabalho, ela é intermitente, ocorrendo episódios mesmo com o membro em repouso. Dessa forma, torna a pessoa doente incapacitada para realizar tarefas pertinentes à sua função laboral e delegando a outras pessoas as atividades da vida diária. Em alguns casos, impossibilita a realização da higiene corporal, de atividades domésticas e até mesmo de afeto. A LER/DORT manifesta-se por meio de quadros clínicos diversos, muitos de grande complexidade, constituindo um desafio pelo fato de o diagnóstico ser eminentemente clínico, baseado em exame físico detalhado e história ocupacional. Utiliza-se de recursos tecnológicos e laboratoriais de forma complementar, para diagnóstico diferencial com outras patologias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As manifestações clínicas características que podem ser consideradas como LER/DORT dependem da presença de certos fatores de riscos ocupacionais, relacionados com a posição estática e dinâmica do corpo, carga, repetitividade e organização do trabalho. Não existe relato na literatura de que um único fator isolado seja responsável pela gênese da doença.

Em relação ao tratamento, de acordo com Ribeiro (1999), a primeira prescrição terapêutica é o afastamento do trabalho, temporário ou permanente, ou mudança de função, todavia são associadas medidas terapêuticas, como fisioterapia, massoterapia, terapia ocupacional, atividades grupais, acupuntura, homeopatia e toda a abordagem terapêutica que possibilita ao adoecido uma atenção global. Também, em casos necessários, são utilizadas terapias

medicamentosas com analgésicos, antiinflamatórios e antidepressivos.

Em decorrência das dimensões múltiplas contextualizadas nas pessoas adoecidas por LER/DORT, vêm-se somando ao tratamento convencional procedimentos terapêuticos interdisciplinares, utilizando-se ações grupais ou individuais, que privilegiem a socialização e conhecimentos sobre a determinação da doença, o autoconhecimento, o autocuidado, o relaxamento, a biodança, a terapia ocupacional e outras atividades não convencionais, que têm sido úteis para o enfrentamento da doença (RIBEIRO, 1999).

Sabe-se da importância sobre o processo de adoecimento por LER/DORT na saúde mental das pessoas, mas o que deve ficar esclarecido é todo o contexto biopsicossocial desse adoecimento. As pessoas adoecidas têm um sofrimento físico, mental e social.

OBJETIVOS

Foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- avaliar o nível de estresse das pessoas adoecidas por LER/DORT;
- relacionar o nível de estresse das pessoas adoecidas por LER/DORT com as variáveis:nexo-causal/técnico, situação funcional atual, tempo de diagnóstico da doença e litígio;
- identificar os estressores das pessoas adoecidas por LER/DORT;
- identificar as estratégias utilizadas pelas pessoas adoecidas por LER/DORT no enfrentamento da doença.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste trabalho, buscou-se a compreensão dos estressores e do estresse vivenciados pelas pessoas adoecidas por LER/DORT, embasada na abordagem biológica de Hans Selye (1959), como também na visão cognitiva de Lazarus e Folkman (1984), tomando como base esses referenciais teóricos para fundamentar a análise do estresse cotidiano vivenciado por um grupo de trabalhadores do setor alimentício.

○ estresse representa um processo presente na vida cotidiana de todos

os seres, pois a própria condição de viver e de sobrevivência requer esforço contínuo de adaptação. Não representa um processo necessariamente patológico, mas poderá ser, caso os esforços de adaptação sejam contínuos e não eficientes, podendo levar os seres a um processo de desarmonia e ou desequilíbrio, podendo chegar até mesmo à exaustão e ao adoecimento.

As primeiras referências sobre o termo estresse são do século XIV, mas seu uso era pouco difundido, assistemático e ligado à pesquisa na área de Engenharia, no que diz respeito aos estudos de cargas. Posteriormente, possibilitou estudos analógicos aos seres humanos. É um termo de origem latina e, no século XVII, passou a ser usado na língua inglesa para designar opressão, desconforto e adversidade (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LIPP, 1996).

Em 1936, o fisiologista Hans Selye introduziu o termo estresse para designar uma síndrome gerada por vários agentes nocivos. Utilizou-se dos estudos anteriormente realizados e de toda a sua trajetória de questionamentos em busca da explicação das reações inespecíficas no processo de adoecimento (SELYE, 1959).

O trabalho de Hans Selye, na concepção de Lipp (1986), atraiu a atenção de muitos estudiosos, mas só com a Segunda Guerra Mundial, os estudos sobre o estresse deixaram de ser restritos aos pesquisadores de laboratórios. A partir da década de 70, incrementaram-se os estudos dentro da abordagem psicológica e sua interação com os fenômenos biológicos na gênese dos distúrbios psicossomáticos.

Atualmente, os estudos e publicações já abrangem os efeitos do estresse nas diversas áreas do conhecimento humano, destacando-se os seguintes autores: no trabalho: Dejours (1994), Rodrigues e França (1999); nas repercussões dos agravos de saúde: Castro (1999); no adoecimento: Santos (1990), Amorim (1999), Portnoi (1999); e nas mudanças políticas e sociais e todos os fatores que envolvem a qualidade de vida da humanidade: Lipp (1996).

ABORDAGEM BIOLÓGICA DO ESTRESSE

Em 1956, o pesquisador Hans Selye, estudando os hormônios, foi o primeiro a explicar o mecanismo neuro-humoral e as respostas fisiológicas ao estresse, gerando, assim, uma abordagem biológica. O autor definiu o estresse como o “[...] estado manifestado por uma síndrome específica constituído

por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico, e, os agentes responsáveis por produzir o estresse conceituou de estressores” (SELYE, 1959, p. 64). Denominou de Síndrome Geral de Adaptação (S.A.G.) todas as alterações fisiológicas não específicas, à medida que elas se desenvolvem no tempo, durante a exposição contínua a um agente agressor. Hans Selye sistematizou a S.A.G. numa divisão em três fases: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão.

Fase de alarme — representa o momento em que a pessoa entra em contato com o estressor. Os mecanismos auxiliares são mobilizados para manter a vida, a fim de que a reação não dissemine. Esta fase é caracterizada pela elevação da(s) frequência(s) cardíaca(s) e respiratória(s), da pressão arterial, concentração de glóbulos brancos, glicose sanguínea, dilatação dos brônquios e pupilas, redistribuição sanguínea e presença de ansiedade.

Fase de resistência — é o desencadeamento da resposta do organismo para adaptar-se à situação e equalizar o estressor. É caracterizada por aumento do córtex das supra-renais, ulcerações no aparelho digestivo, irritabilidade, insônia, mudança de humor, diminuição do desejo sexual e atrofia de algumas estruturas relacionadas com a produção de células sanguíneas. Também ocorre isolamento social. Nesta fase a adaptação é obtida por meio do desenvolvimento adequado dos canais específicos de defesa e, quando ocorre a inadaptação, segue-se para a próxima fase.

Fase de exaustão — é quando a inadaptação poderá desencadear uma série de distúrbios e doenças. As reações disseminam-se novamente em consequência da sobrecarga dos canais apropriados. A produção de corticóide aumenta, mas a vida só é mantida até a exaustão dos canais auxiliares. Pode haver retorno parcial e lento para a fase de alarme ou a falha dos mecanismos de adaptação pode levar ao esgotamento e morte.

Do ponto de vista biológico, as reações orgânicas desencadeadas por um estressor estimulam o hipotálamo a liberar secreções hormonais importantes. Ocorre a liberação de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela hipófise,

que irá agir sobre a córtex da supra-renal, estimulando-a a produzir e secretar os glicocorticóides e mineralocorticóides (GUYTON, 1986). Dos mineralocorticóides, o principal deles é a aldosterona, que atua no metabolismo do sódio e no transporte de sódio e potássio. Os glicocorticóides têm a função de atuar no metabolismo de proteínas, carboidratos e, pela ação do cortisol e da cortisona, aumentam a glicemia pelos processos de gliconeogênese e glicogenólise que fornecem energia para a resposta ao estresse.

Paralelamente, outra via importante na resposta orgânica ao estressor é o eixo hipotálamo-simpático-medula adrenal, que libera as catecolaminas endógenas, a adrenalina e a noradrenalina, que causam dilatação da pupila, aumento da sudorese, aumento da frequência cardíaca e força contrátil do coração, dilatação coronariana, broncodilatação, diminuição do débito urinário, aumentos da coagulabilidade sanguínea, metabolismo basal, atividade mental e músculo-esquelética (GUYTON, 1986).

Evidencia-se que, na abordagem biológica do estresse, mesmo existindo uma resposta fisiológica, há, nesse mecanismo, respostas de efeitos psíquicos, como sintomas de irritação, distúrbio do humor, raiva, medo, dentre outros. Portanto, o biológico não é somente de efeito somático, mas também psíquico.

Embora a abordagem biológica do estresse seja importante, no contexto atual, ela unicamente, não consegue explicar, de forma integral, a repercussão do fenômeno estresse nos grupos humanos. Portanto, para facilitar a compreensão desse objeto de estudo, optou-se pela agregação de um outro referencial teórico, o da abordagem cognitiva de Lazarus e Folkman (1984), que possibilita entender a relação da pessoa com o seu meio e, dessa forma, integrado à proposta biopsicossocial mencionada no conceito de estresse, definido neste estudo.

A ABORDAGEM COGNITIVA DO ESTRESSE

Para Lazarus e Folkman (1984, p.19), o estresse é referenciado como uma abordagem psicológica, conceituado como “[...] uma relação particular entre a pessoa com o ambiente, que, avaliado como desgastador de seus recursos, coloca em risco, o seu bem-estar”. Após o reconhecimento do estressor, a pessoa reagirá consciente, ou não, para enfrentar a situação, levando a uma avaliação cognitiva.

A subjetividade é importante na avaliação cognitiva dos diferentes

estressores, pois reflete uma relação singular de troca entre a pessoa com certas características distintas (valor, opinião, estilo de percepção e pensamento) e um ambiente em que as características podem ser preditas e interpretadas. A avaliação da situação requer atividade mental, envolvendo julgamento, discriminação, escolha da atividade, baseada em grande parte em experiências sobre o passado, incluindo o presente e as relações sociais estabelecidas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Dentro desse enfoque teórico, é possível associar as relações sociais implícitas, no contexto do adoecer humano e especialmente pelo trabalho.

Embora o processo de avaliação cognitiva ocorra de maneira contínua, para Lazarus e Fokman (1984), podem ser estabelecidas três etapas básicas, interdependentes e subdividas didaticamente: avaliação primária, secundária e reavaliação.

Avaliação Primária -

Acontece em nível de sistema límbico, tálamo e hipotálamo e as situações são avaliadas como: irrelevantes, benigna ou agradável-positiva e avaliação do estresse.

Benigna ou agradável-positiva é quando o resultado de um embate é positivo, no sentido de preservar ou de aumentar o bem-estar. São emoções agradáveis, como satisfação, amor, felicidade ou tranquilidade.

Avaliação do estresse é quando, no embate com o agente estressor, ocorre ameaça, desafio, perda ou dano. Na ameaça, procura antecipar a possibilidade de dano/perda envolvida numa situação. A avaliação de desafio se refere à possibilidade potencial de que o resultado final de uma situação possa ser influenciado no sentido de obtenção de vantagem. Os esforços são mobilizados para o "lidar com" o que pode ser positivo ou negativo.

Avaliação Secundária

É quando existe a situação real de estresse. Ocorre quando a ação possibilita o entendimento do fenômeno estressante e deve-se decidir qual a decisão a ser tomada perante a situação. A pessoa busca

estratégias para enfrentar o estressor. É também conhecida como avaliação de coping ou estratégias de enfrentamento.

Reavaliação

Quando se realiza, propriamente, uma reavaliação da situação, e ocorre a modificação de condutas ou julgamentos, perante a chegada de novas informações, que podem ser provenientes da própria pessoa ou do ambiente.

O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO OU COPING

As pessoas, mediante a ação de um agente estressor, tendem a controlar as demandas que podem ser internas (própria da pessoa) ou externas (ambiente), para a efetivação do processo de enfrentamento. Na resposta desta relação entre pessoa e meio, surge o processo de mediação, aqui denominado de enfrentamento ou coping:

[...] coping são os esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para gerenciar demandas internas e ou externas específicas que são avaliadas como sobrecarregadoras ou que excedam os recursos da pessoa (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, p.141).

Esse processo de mediação, denominado de enfrentamento, é caracterizado por duas formas de resposta: o centrado na emoção e o centrado no problema.

Enfrentamento com Foco na Emoção

É quando há uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições danosas de ameaça ou desafiadoras do ambiente. São processos cognitivos usados para diminuir a aflição emocional e, inclusive, incluem comportamentos de esquiva, minimização, distanciamento, comparações positivas e valores positivos de eventos negativos.

Enfrentamento com Foco no Problema

Representa de fato as estratégias de solução dos problemas. São freqüentemente direcionadas para a solução do problema e soluções alternativas. São mudanças diretas que ocorrem no ambiente para que o enfrentamento aconteça com mais eficácia (LAZARUS;

FOLKMAN, 1984). Essa forma de enfrentamento, apesar de mais eficaz, é mais difícil de ser efetivada, devido aos vários embates que são estabelecidos no mundo social, permanecendo, muitas vezes, a ideologia da responsabilidade, para a resolução do problema, um fator meramente individual, sem levar em conta o papel do coletivo nesse contexto, especialmente quando diz respeito a problemas da ordem do mundo do trabalho.

METODOLOGIA

Este estudo representa uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa, considerando os aspectos do objeto de estudo, que é o estresse e os estressores das pessoas adoecidas por LER/DORT.

CENÁRIO DA PESQUISA

Foi o Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Alimentação do Espírito Santo (SINDIALIMENTAÇÃO-ES), situado no bairro da Glória, município de Vila Velha, Estado do Espírito Santo. Essa entidade constituiu-se de trabalhadores de indústrias de alimentos, incluindo: bebidas, cacau e balas, massas e produtos afins.

SUJEITOS

Foram constituídos de pessoas adoecidas por LER/DORT, vinculadas ao SINDIALIMENTAÇÃO-ES, que tinham emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), com a descrição do diagnóstico. Foram incluídas as pessoas com nexos e sem o nexo causal/técnico reconhecido pelas perícias médicas. A amostra foi constituída de 127 pessoas com diagnóstico de LER/DORT, registradas, por meio das CAT(s), pelo SINDIALIMENTAÇÃO-ES nos últimos cinco anos, antecedentes ao período da coleta de dados, correspondendo aos anos de 1996 a 2000. A opção por trabalhar esse período deu-se em decorrência de ser uma série histórica, marcada por alguns eventos de repercussão social nessa categoria, como: a unificação do sindicato, com as diversas áreas profissionais que atuam no ramo da alimentação ocorrida em 1995; o aumento da incidência dos casos de LER/DORT a partir do referido ano; e a reestruturação produtiva da empresa, levando à demissão

de trabalhadores, dentre eles, aqueles que apresentam problemas de doença ocupacional.

VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis de estudo definidas foram: sexo, idade, estado civil, grau de instrução, profissão, empresa e tempo de atuação, função atual, tempo na função, identificação de mudança de função ou setor após o diagnóstico de LER/DORT, jornada e turno de trabalho, carga horária, turno de trabalho, salário, situação funcional atual, condição em relação ao trabalho, situação de litígio, tempo de diagnóstico da doença, situação atual em relação aonexo causal/técnico, identificação de estressores, nível de estresse.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Instrumento sobre os dados sociodemográficos e de trabalho

Constituído de dados que possibilitaram o conhecimento e a interferência das variáveis mencionadas.

Instrumento — Avaliação de estressor

Constou de questões que foram interrogadas aos sujeitos, no que se refere à sua percepção da existência de estresse e seus estressores, com respeito à sua vida e à situação de doença que vivencia. Também foi expressa nesse formulário uma questão que possibilitou a identificação das formas de enfrentamento.

Instrumento — lista de sintomas de stress (LSS/VAS)

Desenvolvida por Vasconcelos (1992), a partir da junção da lista elaborada por ele e validada no Instituto Alemão Max Plannk, em 1982, e do questionário “stress do psicólogo no exercício profissional” de Covolan (1989), descrito por Castro (1999).

O inventário é composto por uma lista de 59 sintomas de estresse, na qual os entrevistados relatam e assinalam a frequência e a intensidade de cada sintoma. A frequência de cada sintoma é identificada por meio de uma pontuação, que varia de 0 a 3 pontos, correspondendo à 0= nunca, 1= raramente, 2= freqüentemente e 3= sempre. A

intensidade de cada sintoma presente é indicada de acordo com uma escala crescente, exposta no instrumento e avaliada, subjetivamente, pela pessoa entrevistada. A pontuação desse inventário pode variar de 0 a 177 pontos. Escores mais baixos indicam ausência ou baixa frequência de manifestação dos sintomas, enquanto os mais altos correspondem à frequência de manifestação dos sintomas.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

No primeiro momento, foi realizado o contato com o SINDIALIMENTAÇÃO-ES com a solicitação formal para autorização e efetuação da pesquisa de campo. Após os procedimentos legais, foi efetuado o levantamento das comunicações de acidentes do trabalho registradas na referida instituição, cujo Laudo de Exame Médico (LEM) das CATs referiam-se aos quadros de LER/DORT. Também foi utilizada como recurso de informação entrevista com duas dirigentes sindicais, em face a algumas especificidades da categoria, dentre elas, jornada de trabalho, turnos e litígios.

O segundo momento foi caracterizado pelo contato pesquisadora-sujeitos, mediante um trabalho de sensibilização às pessoas adoecidas por LER/DORT. Foi um momento importante, pelo fato de informá-los a respeito da pesquisa e, dessa forma, facilitar a etapa posterior, que era o contato telefônico com as pessoas, reconvitando-os(as) para participarem voluntariamente da pesquisa com o agendamento das entrevistas.

O terceiro momento foi a coleta de dados, realizada na sede do SINDIALIMENTAÇÃO-ES, com uma entrevista individual por meio de um instrumento semi-estruturado, no período entre 15 de março a 30 de setembro de 2001.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Foi realizada análise estatística, com o Social Package Statistical Science (SPSS) versão 8.0 – 1997 e análise qualitativa das questões abertas.

Para a classificação do nível de estresse, aplicou-se, neste estudo, a análise de conglomerados, por meio da qual os valores foram divididos em K – médios. A partir dessa análise, adotou-se a classificação teórica em três

classes, tomando como referência a pontuação do LSS/VAS, pautado nessa nova metodologia com autorização do autor que validou o instrumento. Os grupos formados foram assim classificados: baixo nível de estresse: 11 – 45 pontos; médio nível de estresse: 46 – 77 pontos; e alto nível de estresse: 78 – 113 pontos.

Os testes estatísticos utilizados foram não paramétricos e fixou-se o nível de significância em 0,05 ou 5% para o nível de rejeição da hipótese de nulidade. Nesse caso, o limite de significância corresponde a $p=0,05$ (limite de confiança de 95%).

Os testes estatísticos utilizados foram: **Prova de Kruskal-Wallis**, empregada para verificar as diferenças entre as variáveis principais: nexocausal, situação funcional atual, tempo de diagnóstico da doença e litígio, e relacioná-las com o nível de estresse. O Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman foi utilizado para verificar a correlação entre a frequência e a intensidade do estresse.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS ADOECIDAS POR LER/DORT

As pessoas adoecidas por LER/DORT, vinculadas ao SINDIALIMENTAÇÃO-ES, apresentam características peculiares de trabalhadores que atuam em indústria de produção de alimentos. Existe a prevalência de indivíduos do sexo feminino adoecidos por LER/DORT (79,5%) e com idade até quarenta anos (58,3%) (TABELA 1).

TABELA 1- Demonstrativo dos dados sociodemográficos de pessoas adoecidas por LER/DORT

VARIÁVEL	NÚMERO	PERCENTUAL
Sexo		
Masculino	26	20,5
Feminino	101	79,5
Idade		
20 a 25 anos	02	1,6
26 a 30 anos	06	4,7
31 a 35 anos	23	18,1
36 a 40 anos	43	33,9
41 a 45 anos	31	24,4
46 a 50 anos	13	10,2
Acima 50 anos	09	7,1
Estado civil		
Solteiro	25	19,7
Casado	72	56,7
Mora junto	16	12,6
Viúvo	05	3,9
Divorciado	09	7,1
Grau de instrução		
Sabe ler e escrever	03	2,4
Primeiro grau incompleto	28	22,0
Primeiro grau completo	27	21,3
Segundo grau incompleto	37	29,1
Segundo grau completo	30	23,6
Ensino superior completo	02	1,6

Fonte: SINDIALIMENTAÇÃO, Vila Velha-ES, março a setembro de 2001

O processo de trabalho na indústria de alimentação, especialmente no setor de produção de cacau e bala, é predominantemente feminino. Essa explicação dá-se pelo fato de o setor produtivo ter um maior impacto no quantitativo

de funcionários e ser constituído de postos de trabalhos com exigências “mais adequadas” ao trabalho feminino, com o detalhamento, repetição e a subordinação hierárquica. Esse fato aponta uma discussão bastante atual que vem assumindo destaque em estudos recentes, na área de saúde e trabalho, que é a questão do gênero feminino e sua relação com a LER/DORT.

Estudando a categoria dos bancários, Ribeiro (1999) relata que, como a maioria das pessoas adoecidas de LER são do sexo feminino, existe a atribuição da questão como sendo “coisas de mulheres” que, segundo ele, é carregada de preconceitos.

Em relação ao estado civil, a maioria é casada (TABELA 1). Não existe estudo na literatura que aborde, exclusivamente, essa variável e sua relação com a LER/DORT. Nesse grupo estudado, pôde ser observado que a relações familiares têm influência com referência ao nível de estresse de cada pessoa. Quando a família entende a doença, ela passa a ser um recurso importante para o enfrentamento.

Quanto ao grau de instrução (TABELA 1), essa população é constituída, na maioria de trabalhadores com ensino fundamental completo, já que 29,1% das pessoas, com ensino médio incompleto encontram-se nessa categoria. A situação verificada é reflexo da política de recursos humanos da empresa para a admissão de funcionários há alguns anos.

CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DE TRABALHO

A maioria dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT, sujeitos desta pesquisa, têm uma profissão definida, que é industriário, composta por 91,3% de trabalhadores da indústria (TABELA 2). Portanto, é uma população homogênea com característica do processo fabril.

Em relação ao tempo de trabalho (TABELA 2), a maioria trabalha ou trabalhou por um período de seis a quinze anos (70,0%), correspondendo a uma população que possui uma história de identidade profissional com a empresa, mesmo com o contexto atual de reestruturação produtiva e trabalho temporário.

TABELA 2 - Demonstrativo dos dados da situação de trabalho das pessoas adoecidas por LER/DORT

VARIÁVEL	NÚMERO	PERCENTUAL
Profissão		
Industriário(a)	116	91,3
Professora	03	2,4
Administrador	02	1,6
Balconista	01	0,8
Técnico em contabilidade	02	1,6
Técnico em administração	03	2,4
Tempo na empresa		
01 - 05 anos	11	8,7
06 - 10 anos	44	34,6
11 - 15 anos	45	35,4
16 - 20 anos	17	13,4
21 - 25 anos	10	7,9
Função atual/última exercida		
Auxiliar de operação	81	63,8
Operador de máquina	39	30,7
Auxiliar de serviços gerais	05	3,9
Comprador	01	0,8
Analista contábil	01	0,8
Tempo na função atual/exercida		
01 até 05 anos	25	19,7
06 até 10 anos	64	50,4
11 até 15 anos	31	24,4
16 a 20 anos	05	3,9
21 a 25 anos	02	1,6

Fonte: SINDIALIMENTAÇÃO, Vila Velha-ES, março a setembro de 2001.

Com relação à função atual ou a última exercida (TABELA 2), verificou-se que 98,4% dos trabalhadores entrevistados exerciam ou exerceram

atividade de produção na empresa, ou seja, os trabalhadores responsáveis, de fato, pelo produto final, foram os que mais adoeceram. Isso remete à discussão de um aspecto importante de avaliação na gênese da LER/DORT, que é a observação de que os trabalhadores que estão nos níveis hierárquicos mais baixos na estrutura organizacional da empresa são os mais susceptíveis aos agravos gerados pela organização do trabalho.

No que diz respeito ao tempo de trabalho na função exercida (TABELA 2), foi verificado no grupo pesquisado que a maioria 78,7% têm ou tiveram de cinco a vinte anos de tempo na função. Isso possibilita uma afirmação: trata-se de uma população que esteve, há bastante tempo, submetida ao mesmo tipo de trabalho. Essa situação é o que Ribeiro (1999) define como tempo de sujeição. Avaliando o tempo de sujeição, pode-se ter a clareza de que todos que trabalham nesse tipo de ambiente, e especialmente para o grupo pesquisado, ter a doença reconhecida como sendo em consequência do trabalho não seria difícil, levando em consideração que são pessoas que, em sua maioria, tiveram apenas esse trabalho formal em sua vida e estão, há bastante tempo, expostas à mesma função. Mas isso não representa a realidade encontrada. Apesar de esse contexto favorecer a hipótese de que não existe dúvida da relação trabalho e doença, na vida cotidiana, a recíproca não é verdadeira, principalmente para os serviços médicos da empresa e do próprio INSS que, muitas vezes, tendem a descaracterizar o processo de trabalho, como causa desse tipo de adoecimento.

Na identificação dos setores de trabalho, foi evidenciado, neste estudo, que a maioria trabalha ou trabalhou nos setores com o artigo de época (produção de ovos de páscoa) e desmanche (restos de bombons), seguindo os setores de fabricação de bombons.

Em relação às variáveis situação funcional e jornada de trabalho, foi identificado que houve mudança de setor, após o processo de adoecimento, no relato de 33,9% das pessoas adoecidas e 66,1% delas negaram ter mudado de setor, após o diagnóstico LER/DORT. Isso denota a dificuldade de se encontrar um local “adequado”, nesse tipo de empresa, para pessoas após um processo de adoecimento, já que todos os setores, praticamente, têm fatores de riscos para a doença.

A jornada de trabalho da maioria era de 40,3 horas semanais, com escala de revezamento semanal nos seguintes turnos: 6 às 14h, 14 às 22h e 22 às 6h. Também existem aqueles que trabalham em horário administrativo e variava de acordo com o setor de trabalho. A maioria das pessoas adoecidas, após

o diagnóstico, passou a trabalhar em dois turnos. Segundo informações dos representantes sindicais, foram acordos internos, pelo fato de haver algumas queixas referentes ao trabalho noturno desses trabalhadores, já que o horário noturno gera um maior desgaste do trabalhador e, principalmente, para a pessoa que se encontra adoecida e, em algumas situações, fazem uso de medicação ansiolítica e antidepressiva. Para Chaves (1994), o trabalho em turnos, especialmente o noturno, tende a mudar o ritmo biológico das pessoas e causar alguns distúrbios orgânicos, dentre eles, o estresse.

Quanto à situação funcional, a maioria encontrava-se empregada (48,8%), mas existia um número significativo de pessoas desempregadas que correspondeu a 40,9% da amostra pesquisada, evidenciado que muitas pessoas que se encontravam desempregadas estavam inseridas, de alguma forma, no trabalho informal, realizando os chamados “bicos”, para manterem o sustento da família.

Durante as entrevistas, foi notória a observação em relação ao estresse das pessoas que estão empregadas, no que diz respeito ao relato de não saberem até quando estarão empregadas, já que todos os dias existem rumores de demissão. Uma outra questão é o fato de verem colegas que foram demitidos e, até a presente data, não haviam se inserido em outro mercado de trabalho.

Um outro fato significativo, no momento da coleta de dados, foi que a maioria se encontrava afastada do trabalho pela perícia, incluindo nessa categoria aqueles que estavam trabalhando, como aqueles que não estavam trabalhando (os afastados pela perícia médica e os fora do mercado de trabalho). A variável condição em relação ao trabalho remete à discussão sobre o papel do trabalho na vida das pessoas, especialmente na sociedade capitalista, que tem o trabalho como foco central de valor para o ser humano.

Uma outra variável de importância para este estudo foi a variável litígio, ou seja, alguma situação que motivou um processo judicial. Também se observou que um número significativo de pessoas ligadas ao SINDIALIMENTAÇÃO-ES possui algum tipo de processo judicial (69,3%). Esses processos são movidos contra a empresa e o INSS. Um fato observado nas pessoas que se encontravam desempregadas, porque foram demitidas do trabalho e que não tinham a doença reconhecida, é que a Justiça do Trabalho era considerada como a única fonte de esperança para reverter a situação.

CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELACIONADOS COM A DOENÇA

Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, 41,7% das pessoas tiveram a notificação no período de quatro a seis anos antecedentes a esta coleta de dados, que foi em 2001.

Uma outra questão que envolve o diagnóstico é o nexu causal/técnico reconhecido e o não reconhecido pela Previdência Social. Esse fato acaba gerando um grande embate para o reconhecimento e, obviamente, estresse para o trabalhador. No grupo estudado, prevaleceu um maior número de pessoas (59,8%) sem o nexu causal reconhecido. Esse dado vai de encontro à atual realidade em que se encontram os trabalhadores adoecidos, gerando com isso uma demanda por parte do sindicato de ações judiciais anteriormente relatadas.

É notório que a situação que envolve o nexu causal está associada à relação de poder. Apropriando-se de pensadores, como Foucolt (1979) e Testa (1992), essas relações geram conflitos e estabelecimento de uma hegemonia que pode ser técnica, política e administrativa. Nesse contexto é que aparece o poder dos serviços de Medicina do Trabalho das empresas e das perícias médicas em determinar a comprovação do nexu, embasada nos jogos de interesses diversos. Por outro lado, a não existência de lesão aparente da doença, aliada à subjetividade da dor física e psíquica, leva o trabalhador a uma situação de impotência, impossibilitando-o de exercer a sua capacidade de defender-se contra esse poder, e a um momento de fragilidade. Mesmo assim, ele tem que ser submetido a esse tribunal, que é a perícia, na tentativa de julgar o seu sofrimento, instrumentalizado pelo ato médico.

NÍVEL DE ESTRESSE

Foi identificada a prevalência de 52% da amostra com médio nível de estresse, seguida, respectivamente, de 37% com baixo nível e 11% com alto nível de estresse (FIGURA 1).

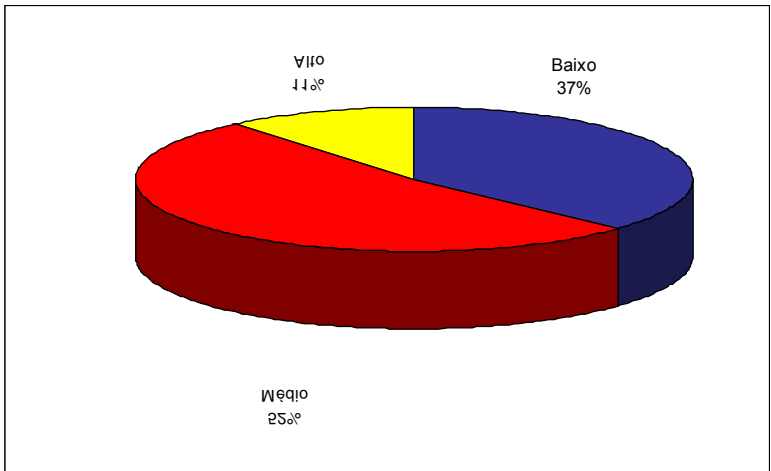


FIGURA 1 - Representação gráfica do nível de estresse das pessoas doentes por LER/DORT

Fonte: SINDIALIMENTAÇÃO, Vila Velha-ES, março a setembro de 2001

As pessoas com baixo nível de estresse que, neste estudo, representaram 37% da amostra, são aquelas que se encontram com sintomas que evidenciam as fases iniciais de estresse propostas por Selye (1959). É importante ressaltar que, mesmo sendo baixo o nível de estresse, elas apresentam indícios importantes, sendo necessário o monitoramento para intervenção, evitando que os sintomas evoluam.

O nível médio de estresse estava presente em 52% das pessoas avaliadas. Elas estão inseridas entre a fase de alarme e resistência do estresse, sendo com predomínio da segunda. Na fase de resistência, ocorre o desencadeamento de respostas orgânicas, como também psíquicas e social, que faz com que a

pessoa tende adaptar-se a essa situação para equalizar o estresse.

O alto nível de estresse esteve presente em 11% das pessoas. Representa uma situação preocupante, pois elas estão na fase de exaustão, de acordo com Selye (1959). Nessa fase, ocorre uma série de distúrbios orgânicos, como alterações cardiovasculares, alterações no sistema de defesas e infecções. Chaves (2001) acrescenta que, nesse período, são observados outros sintomas relacionados com a esfera cognitiva e comportamental, como diminuição de atividades coletivas, da tolerância, isolamento, ansiedade, passividade e recuo. A fase de exaustão é muito crítica e de risco para a pessoa.

Portnoi (1999) afirma que, em doentes crônicos, a hiperatividade fisiológica gerada pela SAG resulta da ativação do sistema simpático que leva ao desenvolvimento, exacerbação e manutenção de sintomas dolorosos. Esses sintomas podem persistir, caso a pessoa esteja em situação de estresse, dentre eles, os ligados às contrações musculares prolongadas. Dentre os sintomas mais frequentes e intensos, os identificados no grupo foram:

[...] meus músculos estão sempre tensos; tenho pensamentos que provocam ansiedade; sinto que meu desempenho no trabalho está limitado; no fim do dia de trabalho, estou desgastado; fico esgotado emocionalmente; tenho vontade de abandonar tudo o que estou fazendo; tenho cansaço; sinto dores nas costas; tenho insônia; sinto angústia; quando me levanto de manhã já estou cansado.

Pesquisas com intervenção em grupos de pessoas com dor e doenças crônicas realizadas por Santos (1990), Bringente e Luciano (1999), revelaram a eficácia de diversas modalidades terapêuticas, para as pessoas doentes, proporcionando, desse modo, formas de enfrentamento para lidar com os estressores e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Para corroborar esta análise, buscou-se Ganguilhem (1990, p.188) que diz: “[...] estado patológico expressa a redução das normas da vida. A cura representa a reconquista de um estado da estabilidade das bases fisiológicas”. Esse processo depende da criação e busca de novas normas da vida às vezes superiores à antiga.

NÍVEL DE ESTRESSE E A RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS: TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA DOENÇA, SITUAÇÃO DO NEXO CAUSAL, SITUAÇÃO FUNCIONAL E DE LITÍGIO

TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA DOENÇA E NÍVEL DE ESTRESSE

O diagnóstico da pessoa com LER/DORT é marcado por uma rede de complexidade. Na maioria das vezes, é efetuado de forma tardia, devido aos diversos entraves, tanto em relação ao diagnóstico médico para a sua definição, como a negação da doença, principalmente quando já se conhecem histórias de outros colegas de trabalho e o contexto biopsicossocial que reflete na vida da pessoa.

Diante dessa situação, buscou-se relacionar o nível de estresse e tempo de diagnóstico da doença. Verificou-se que não houve relação de significância entre o tempo de diagnóstico e o nível de estresse, sendo $p > 0,05$ (prova de Kruskal-wallis) (FIGURA 2).

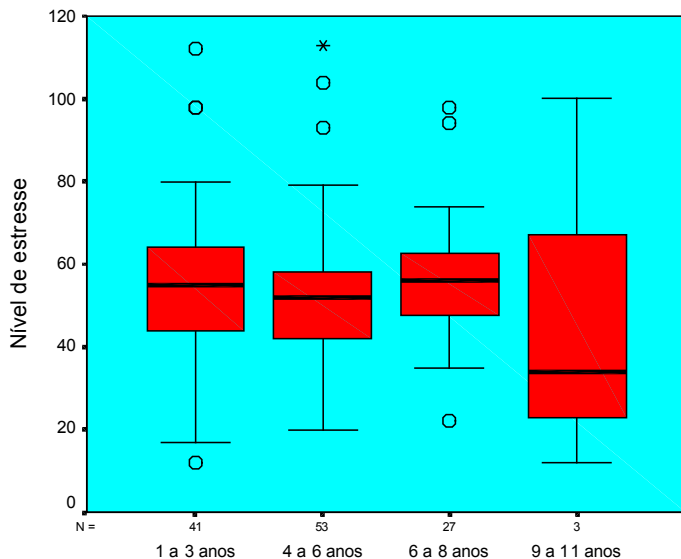


FIGURA 2 - Representação gráfica da relação nível de estresse e tempo de diagnóstico das pessoas adoecidas por LER/DORT

Fonte: SINDIALIMENTAÇÃO, Vila Velha-ES, março a agosto de 2001

Ao analisar a mediana dos grupos, foi evidenciado que as pessoas com mais de nove anos de história de doença apresentam o nível de estresse bem menor, em relação aos demais grupos. A inferência que pode ser feita é que o número de pessoas, nessa categoria, foi pequeno ($n=3$) e também chamar a atenção em relação a alguns relatos. Algumas pessoas disseram que, depois de um determinado tempo, acabam se adaptando melhor à situação. Inclusive, nas falas daqueles que possuem a doença, há algum tempo, observou-se que, nos primeiros anos, foi muito difícil aceitar e conviver com a enfermidade.

NEXO CAUSAL/TÉCNICO RECONHECIDO E NÍVEL DE ESTRESSE

O nexo causal identificado popularmente por todos que conhecem e convivem com a situação dos adoecidos pelo trabalho representa um dos maiores entraves para qualquer cidadão que recorre ao serviço previdenciário, em face ao adoecimento. As pessoas que sofrem de LER/DORT vivenciam esse embate cotidiano, porém buscou-se relacionar o nível de estresse com o nexo causal e verificou-se que não houve relação de significância entre o nexo e o nível de estresse, sendo $p>0,05$ (prova de Kruskal-wallis) (FIGURA 3).

Ao analisar a mediana dos grupos, identificou-se que o nível de estresse é maior naquelas que não têm a doença reconhecida. Esse fato vai de encontro ao sofrimento de quem não tem a doença reconhecida pela previdência social, levando-o à necessidade de provar que é doente.

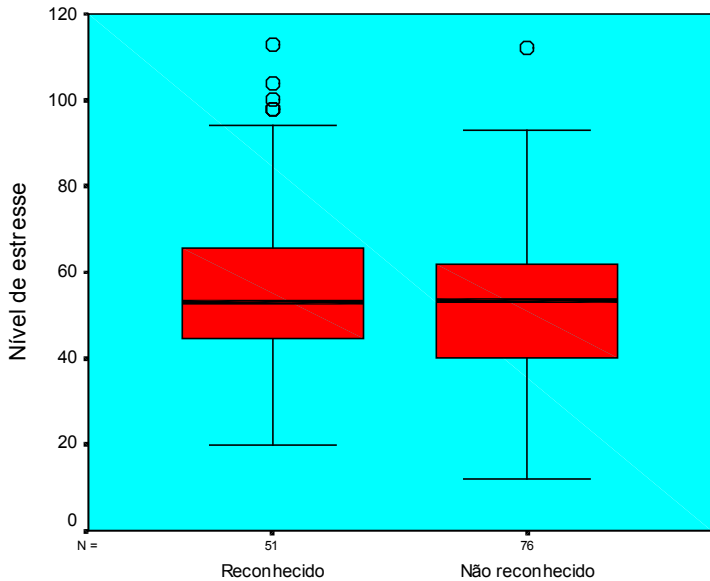


FIGURA 3 - Representação gráfica da relação nível de estresse e nexa causal das pessoas adoecidas por LER/DORT

Fonte: SINDIALIMENTAÇÃO. Vila Velha-ES, março a agosto de 2001

LITÍGIO E NÍVEL DE ESTRESSE

Como foi identificado, a maior parte dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT vinculados ao SINDIALIMENTAÇÃO-ES têm algum tipo de processo na Justiça Trabalhista. Inclusive, esse fato é relatado como um estressor para o grupo. Ao relacionar o nível de estresse com situação de litígio, verificou-se que não houve relação de significância, sendo $p > 0,05$ (prova de Kruskal-wallis) (FIGURA 4).

Ao analisar a mediana do grupo, constatou-se que o nível de estresse é maior naquelas que não têm situação de litígio. Ao serem analisados os grupos isoladamente com as referidas indicações do nível de estresse, o dado é diferente em relação à mediana dos grupos. Quando se verificou o nível do estresse, observou-se que há predominância do nível médio e alto de estresse nas pessoas com litígio e baixo e médio nível de estresse nas pessoas sem

situação litigiosa.

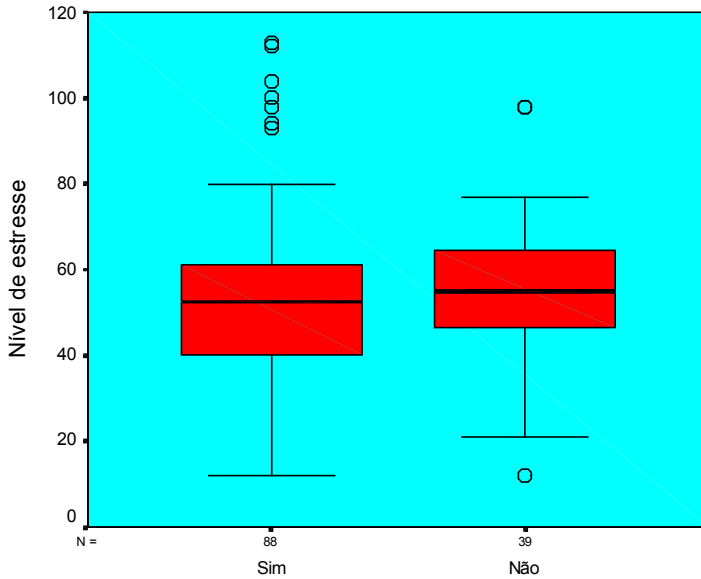


FIGURA 4 - Representação gráfica da relação nível de estresse e litígio das pessoas adoecidas por LER/DORT

Fonte: SINDIALIMENTAÇÃO. Vila Velha-ES, março a agosto de 2001

SITUAÇÃO FUNCIONAL E NÍVEL DE ESTRESSE

As repercussões da situação social do trabalhador, nos aspectos que envolvem a empregabilidade, é tema de estudos em diversas áreas do conhecimento humano, envolvendo desde as ciências que pesquisam tradicionalmente esse assunto como a economia, política, ciências sociais até as mais recentes, como a saúde, especialmente a saúde mental e trabalho.

Existem conflitos e contradições, quando se fala em emprego. Os sentimentos opostos possibilitam afirmar que a falta do trabalho na vida das pessoas gera danos à saúde mental, assim como alguns tipos de trabalho produzem o sofrimento e o adoecimento.

Ao relacionar o nível de estresse com a situação funcional atual, verificou-se que não houve relação de significância entre as variáveis, sendo $p > 0,05$ (prova de Kruskal-wallis) (FIGURA 5).

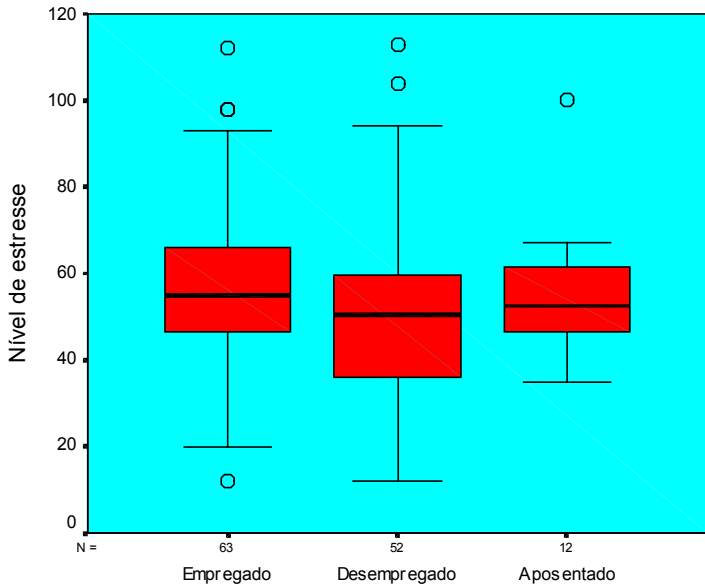


FIGURA 5 - Representação gráfica da relação nível de estresse e situação funcional atual das pessoas adoecidas por LER/

Fonte: DORTSINDIALIMENTAÇÃO. Vila Velha-ES, março a agosto de 2001

Ao analisar a mediana dos grupos, foi identificado que o nível de estresse é maior naqueles que estão trabalhando na empresa, ou seja, os empregados. Esse dado gera uma série de contradições, porque, se for avaliado todo o contexto do desemprego atual e sua repercussão, é difícil fazer algum tipo de inferência. Mesmo correndo esse risco, existe uma situação bem particular do grupo dos que se encontram empregados, que precisa ser considerada. Com relação à maioria das pessoas que estão resguardadas por seus empregos, foi observado, durante as entrevistas, uma grande preocupação em relação ao risco do desemprego, ou seja, apresentavam-se ansiosas em relação ao futuro. Um outro fato foi que a maior parte das pessoas desempregadas já estavam,

há algum tempo, fora do mercado formal. Alguns, para se manterem, realizam “bicos” ou estão inseridos no mercado informal, e outros dependiam de ajuda familiar. Mesmo diante da situação de desemprego, alguns disseram que eram mais felizes na atual circunstância, pela oportunidade de liberdade, apesar de todo o sofrimento. Isso talvez pode ser uma das vertentes que possa explicar esse dado contraditório, sendo necessários futuros estudos que investiguem a situação dos trabalhadores em seu ambiente e trabalho.

AVALIAÇÃO DE ESTRESSOR

Para a análise das situações estressoras, utilizou-se o referencial da pesquisa qualitativa de Minayo (1996), em face às possibilidades de interpretação que esse referencial proporciona ao processo analítico.

Da amostra estudada, 83% das pessoas afirmaram, literalmente, possuir sinais e sintomas que indicam existir estresse. Alguns, 12%, referiram que às vezes se sentem estressadas e 5% relataram não apresentar os sintomas de estresse. Destes, no momento do preenchimento da Lista de Sintomas de Estresse (LSS/VAS), foi identificada a existência do estresse, porém no baixo nível, de acordo com a metodologia de análise do instrumento.

Após a avaliação das situações estressoras, vivenciadas pelos sujeitos, foi realizada uma releitura, que possibilitou categorizar as situações estressoras em três categorias.

Estressores relacionados com a saúde e com a doença: dor, limitação física, mudança no estilo de vida, tratamento contínuo, perícia médica, medo de outros problemas referentes à de saúde associados à LER/DORT.

Estressores relacionados com as relações e questões sociais e cidadania: discriminação, desemprego, medo do desemprego, sujeição à empresa, situação financeira, processos trabalhistas e injustiça social.

Estressores relacionados com relacionamentos familiares e afetivos: conflitos com a família e solidão.

Estudos realizados por Aguiar (1998), Ribeiro (1999), Murofuse (2000) evidenciaram que as pessoas adoecidas por LER/DORT vivenciam uma série de situações que geram conflitos, tensão, desgaste que interferem no cotidiano do SER adoecido. Pode-se considerar que elas vivenciam situações estressoras, causadas por uma série de estressores responsáveis pelo desencadeamento do estresse, portanto, interferindo no bem-estar e na possibilidade de resgatar o lado saudável para viver a vida.

AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO OU COPING

Na visão de Lazarus e Fokman (1984), enfrentamento ou coping são formas de gerenciar demandas no intuito de tolerar, minimizar, evitar ou aceitar as situações estressantes para fim de controle. São estratégias defensivas, em algum momento, e de resolução de problemas em outro, portanto é um processo dinâmico.

As formas de enfrentamento utilizadas naquele momento da pesquisa pelas pessoas adoecidas por LER/DORT estão descritas na TABELA 3.

TABELA 3 - Estratégias de enfrentamento das situações estressoras vivenciadas pelas pessoas adoecidas por LER/DORT

O QUE FAZ	NÚMERO RELATOS
Participação de atividades religiosas e busca da religiosidade e da fé	34
Atividades físicas (caminhada, hidroginástica e alongamento)	24
Entretenimentos (ouvir rádio e música, assistir a TV)	22
Socialização com amigos, parentes fora de seu ambiente domiciliar	17
Leituras religiosas e geral	14
Isolamento	13
Não faz nenhuma atividade	10
Participação em atividades comunitária/ institucionais	08
Compras	02
Poesia	01
Psicoterapia	01
Canto	01

Fonte: SINDIALIMENTAÇÃO. Vila Velha-ES, março a setembro de 2001

Dentre as formas de enfrentamento do estresse das pessoas adoecidas por LER/DORT do SINDIALIMENTAÇÃO-ES, foi identificada a prevalência de estratégias centradas na emoção, de acordo com Lazarus e

Folkman (1984). Houve relatos que podem ser considerados como forma de enfrentamento, centrados no problema, mencionados como participação em atividades comunitárias e institucionais.

Em relação às ações utilizadas para mediar o estresse, na ótica das pessoas adoecidas por LER/DORT deste estudo, chama-se a atenção para a prevalência de recursos relacionados com a crença. Na visão de Lazarus e Folkman (1984), as crenças positivas ajudam o enfrentamento, levam conforto e esperança. Porém, os autores fazem uma importante ressalva de que nem toda crença serve como recurso de coping, principalmente aquelas que têm a concepção de um Deus punitivo ou segue a linha do destino já traçado.

Chama-se a atenção para as estratégias denominadas “atitudes contemplativas”, ou seja, os relatos das pessoas que não utilizam nenhuma forma de enfrentamento ao problema, e também o isolamento. É uma situação preocupante, sendo, portanto, necessárias formas de intervenção, com rede de apoio a esses grupos, pois o enfrentamento é essencial para a saúde mental das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que o atual sistema de produção, ancorado nos mais modernos processos de organização do trabalho, que visam, especialmente, à maior produtividade, acúmulo de capital financeiro, controle sobre os trabalhadores, associados à conjuntura política e socioeconômica do País, vem engendrando formas de adoecimento, tanto do ponto de vista de sofrimento físico, como também psíquico e social.

O que se observa é que o adoecimento por LER/DORT gera uma série de repercussões biopsicossociais em face a todas as situações do viver cotidiano (como foi exposto nesta pesquisa), levando, dessa forma, pessoas cada vez mais jovens a mudarem os seus projetos de vida, em decorrência de um processo de adoecer gerado pelo trabalho. Este é caracterizado por contradições de sentimentos e vivências. Ao mesmo tempo em que essas contradições são importantes para a construção da identidade, representação social e sustento da pessoa, também se configuram como geradoras de estresse e adoecimento.

Diante de todo o estresse e estressores das pessoas adoecidas, a capacidade do desencadeamento de uma mobilização vem ocorrendo de forma ainda tímida, pois é ainda pequeno o número de trabalhadores que

reconhece a real dimensão de sua realidade de vida e trabalho.

É necessário um trabalho coletivo, que possibilite às pessoas adoecidas por LER/DORT estarem alerta para a não individualização e culpabilização da doença, já que muitos acabam tendo esse sentimento. É importante que essas pessoas possam entender a lógica histórico-social do seu processo de adoecimento e se tornarem ativas e não passivas nesse processo, sem assumir a total responsabilidade por essa luta, que é de todos, na sociedade, sensibilizados pela questão.

Assim, torna-se relevante a busca de parceiros e demais atores sociais sensibilizados com a questão das LER/DORT para uma atuação conjunta em prol do não adoecimento, para que, dessa forma, possam ser formuladas estratégias coletivas para um “viver melhor”, já que a felicidade no trabalho é uma questão utópica, diante do atual contexto que se vem vivenciando na sociedade.

A prevenção da LER/DORT é um desafio e está colocado em pauta e discussão em vários cenários e pesquisas no Brasil e no mundo. É indispensável sair do discurso e partir para a ação, sendo necessário, antes de tudo, desenvolver uma estratégia que busque intervir no âmago da situação, que é a organização do trabalho. E agora? Como construir esse desafio?

Ao SINDIALIMENTAÇÃO-ES algumas construções podem ser viabilizadas a partir desta pesquisa: reestruturação da Secretária de Saúde, fortalecimento e aproximação com instituições e serviços ligados à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, bem como instituições de ensino, pesquisa e extensão.

Torna-se de primordial relevância propiciar espaços organizados aos adoecidos de LER/DORT, com a formação de grupos coletivos para trabalhar as diversas formas de enfrentamento da doença e a equalização do estresse. Dessa forma, criam-se mecanismos para minimizar os riscos decorrentes do estresse, prevenindo possíveis ou outros agravos à saúde

Mediante o que foi exposto, conclui-se que é possível acreditar que o adoecimento por LER/DORT não se tornará uma fonte de incapacidade para o viver, apesar de todas as repercussões que a doença gera no cotidiano das pessoas. Espera-se que exista a possibilidade de uma fonte de mudanças de perspectivas, delineação de projetos novos, escolhas e busca de estratégias de coping na pessoa adoecida, e que essa crença seja representada por uma fonte de desejo e mudanças concretas, expressas nas diversas formas para o enfrentamento do problema, tanto individual como coletiva, para, assim, a

pessoa com LER/DORT continuar o caminhar da vida e a construção um rumo novo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. C. F. **O trabalhador sem o seu trabalho**: um estudo sobre a identidade de bancários afastados do trabalho por lesões por esforços repetitivos. 1998. 172 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)—Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1998.

AMORIM, M. H. C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama**. 1999. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ), Rio de Janeiro, 1999.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivo**: estudo de caixas bancários. 1999. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, 19 set. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho- série A. **Normas e manuais técnicos** Brasília: MS, n. 103, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de lesão por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Manual**. Brasília: MS, 2000.

BRINGUENTE, M. E. O.; LUCIANO, L. S. A subjetividade da dor e estresse em clientes com lombalgia. In: CONGRESSO BARSILEIROS DE ENFERMAGEM, 51., 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem seção Santa Catarina, 1999.

CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa biomédica e epidemiológica: as limitações do modelo de risco no estudo do processo saúde-doença. In: _____. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano.** Campinas: Papirus, 1994. cap 4, p.127-170.

CASTRO, D. S. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico em terapia intensiva.** 1999. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ-EEAN), Rio de Janeiro, 1999.

CHAVES, E. C. Abordagem sobre o stress. Aula do Curso Stress e Trabalho. Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, out. 2001 (mimeografado).

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho.** Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

FOUCOLT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Ed. Graal. 1979. cap III, p. 39-69.

GANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Tradução de Maria Thereza R. Barrocas e Luiz Otávio F. B Leite. 3. ed. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 1990.

GUYTON, A. G. **Tratado de fisiologia médica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer Publishing Company, 1984.

LIPP, M. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. São Paulo: Papyrus, 1996. p.19-31.

LUCIANO, L. S; BOURGUIGNON, D. R; RAFUL, W. P. Elementos para a construção do perfil epidemiológico de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais na região metropolitana da Grande Vitória. **Cadernos de Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo**, Vitória, v.1, n. 7, p. 55-63, 1998.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo –Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1996.

MUROFUSE, N.T. **Mudanças no trabalho e na vida de bancários ocasionadas por LER**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

OHARA, H; AOOYAMA, H.; ITANI, T. Health hazard among cash register operators and the effects of improved working conditions. **J. Hum. Ergol.**, v 5, p. 31-40, 1976.

OLIVEIRA, R. M. R. **A abordagem sobre as lesões por esforços repetitivos/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador do Espírito Santo**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

PORTNOI, A.G. **Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia**. 1999. 251 f. Tese (Doutorado em Psicologia)– Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrela. São Paulo: FUDACENTRO, 1992.

RIBEIRO, H. P. **A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RODRIGUES, A. FRANÇA, C. **Stress e trabalho**: guia prático com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

SANTOS, V. **Proposta alternativa de ensino-aprendizagem para o autocuidado**: uma contribuição da enfermagem ao enfrentamento da dor e equalização do stress. 1990. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto (SP), 1990.

SANTOS FILHO, S. B; BARRETO, S. M. Algumas considerações metodológicas sobre os estudos epidemiológicos das lesões por esforços repetitivos (LER). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 555-563, 1998.

SATO, L. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 21, n. 79, p. 49-62, jul./set. 1993.

_____. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 147-152, jan./fev. 2001.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. Tradução de Frederico Branco. São Paulo: IBRASA, 1959.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA (Espírito Santo). **Projeto de implantação do programa de saúde do trabalhador**. Vitória, 1992, 1995.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Relatórios de atividades do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador do Espírito Santo**. Vitória, 1999.

TESTA, M. Tendências em planejamento In: _____. **Pensar em saúde**. Tradução de Walkim M. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 89-125.

VASCONCELOS, E.G. O modelo psiconeuroendocrinológico do stress.

In: SEGER, L. **Psicologia e odontologia**: uma abordagem integradora, 2. ed,
São Paulo: Santos, 1992. cap 2, p. 25-47.

TRABALHO E CONSUMO DE DROGAS EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA⁴

Roseane Vargas Rohr
Marluce Miguel de Siqueira
Eliana Zandonade

UM OLHAR PARA ADOLESCÊNCIA

Adolescer é verbo que ocupa poucas linhas no dicionário. Parece tão claro: adolescer rima com crescer e viver. Quem dera, nas linhas curvas do real, adolescer também não rimasse com sofrer e morrer (RAMOS et al., 2000, p. 13).

Os estudantes do ensino médio, em geral, encontram-se na adolescência, etapa singular na vida do ser humano em que ocorrem mudanças significativas tanto em nível de maturação física quanto psíquica, em um curto espaço de tempo. Segundo Saito (2001, p. 41), “[...] é sempre referida como a fase de transição entre a infância e a adultícia, podendo esta idéia de transitoriedade conferir-lhe, erroneamente, uma importância menor” e, freqüentemente, os termos adolescência e juventude são empregados como sinônimos. Adolescência não deve ser encarada como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, mas é preciso entendê-la como uma etapa importante a ser vivida com intensidade e qualidade, para que haja um crescimento e desenvolvimento tranqüilos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estabelecem que a adolescência corresponde à faixa etária de 10 a 19 anos e a juventude, entre 15 e 24 anos (DONAS, 1999). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu art. 2º, define para a adolescência o período etário de 12 a 18 anos (BRASIL, 1991).

Embora existam parâmetros para definir períodos na existência humana, a delimitação da população jovem é tarefa extremamente complexa, principalmente porque o desenvolvimento físico e a maturidade nem sempre acompanham a idade cronológica. A passagem, tanto da infância para a adolescência quanto da adolescência para a idade adulta, não é um fenômeno que se define com tamanha precisão. Além disso, adolescência e juventude confundem-

se, pois estão extremamente interligadas. Conforme Minayo et al. (1999, p.12), “[...] os limites de idade para se definirem adolescência e juventude são variados, pois dependem de parâmetros socioculturais diferenciados e de tratamentos estatísticos diversos [...]”.

Há também uma grande diversidade entre os adolescentes, em função de características econômicas, sociais e culturais, não sendo, portanto, um grupo muito homogêneo, embora com características próprias. Segundo Gambardella Gotlieb (1998), os adolescentes vivem em diferentes mundos, mas três são básicos: família, escola e amigos. Há também um quarto mundo – trabalho – que amplia ainda mais a heterogeneidade entre esse grupo etário. Os estudos sobre a adolescência têm dispensado pouca atenção ao ambiente de trabalho, dando maior ênfase aos ambientes familiar e escolar, além das relações de amizade (GREENBERGER et al., 1980; MORTIMER et al., 1996).

Todavia, o trabalho está presente na vida de adolescentes de diferentes classes sociais, não podendo ser ignorado por profissionais que, de alguma forma, estão envolvidos com esse grupo etário. É preciso entender esse jovem em todos os contextos nos quais ele está inserido, buscando compreender os desafios que enfrenta nos dias atuais, levando-se em consideração as profundas transformações pelas quais passa durante a adolescência.

Além disso, na adolescência, o jovem é despertado para questionamentos críticos em busca de sua independência e auto-afirmação, procurando desenhar sua personalidade, tentando provar para si mesmo e aos outros que é capaz de conquistar seu espaço na sociedade. Associado a essas intensas buscas, o adolescente possui também sentimentos de insegurança, medo, insatisfação com sua imagem, tornando-se extremamente vulnerável. “A vontade natural de saber sobre todas as coisas que a vida tem a oferecer levam o jovem a uma permanente curiosidade e, às vezes, à experimentação de tudo o que se apresenta como novo” (BRASIL, 1999^a, p. 7).

Sendo assim, essa busca coloca o adolescente em frente a diversas situações de risco, acentuadas por fatores demográficos, sociais, comportamentais e individuais (JOHNSON et al., 1990), que interferem na sua saúde mental, dentre as quais se destaca “[...] o envolvimento precoce e/ou abusivo com álcool, tabaco e outras drogas psicoativas, lícitas ou ilícitas e agravos produzidos por trabalho precoce e/ou nocivo ao seu desenvolvimento psicossocial” (SAGGESE; LEITE, 1999, p.198).

Portanto, o contato inicial com as drogas geralmente pode ocorrer no período da adolescência, sendo desencadeado por diferentes fatores, sobretudo

os emocionais e de ordem afetiva, “[...] associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa auto-estima” (MARQUES; CRUZ, 2000, p. 32). Além disso, a inserção no mercado de trabalho também é mais freqüente nessa fase, e as atividades laborais que os jovens desenvolvem, muitas vezes, não contribuem para o desenvolvimento de suas habilidades, sendo funções repetitivas, lineares, subalternizantes, braçais, monótonas, desinteressantes e desestimulantes (NETO; MOREIRA, 1998), comprometendo ainda mais sua qualidade de vida.

IMPLICAÇÕES DO TRABALHO NA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Crianças e adolescentes pobres foram estimulados a compor a força de trabalho desde o início da era industrial, sob a alegação de serem protegidos contra a ociosidade que conduz ao uso de drogas e à marginalidade (MINAYO-GOMEZ; MEIRELLES, 1997). Embora esse pensamento ainda permaneça enraizado em nossa cultura, levando muitos adolescentes a iniciarem suas atividades laborais de forma precoce, pesquisas recentes vêm apontando uma relação positiva entre trabalho e uso de drogas em adolescentes (CARLINI-COTRIM; CARLINI, 1987; BACHMAN; SCHULENBERG, 1993; STEINBERG; CAUFFMAN, 1995; MORTIMER et al., 1997; RESNICK, 1997; POLLACK, 1998; VALOIS et al., 1999; SOLDERA, 2001) gerando novas discussões e reflexões na comunidade científica sobre conceitos e valores do trabalho na vida de adolescentes.

As pesquisas sobre os efeitos do trabalho no desenvolvimento desse grupo etário eram praticamente inexistentes até 1970, quando, então, surgiram alguns estudos relacionando os impactos do trabalho na vida de adolescentes, sendo ainda escassas as pesquisas sistemáticas sobre o assunto, principalmente quando comparadas com o volume de investigações existentes sobre os efeitos do trabalho na saúde de indivíduos adultos (STEINBERG; CAUFFMAN, 1995).

Entretanto, observa-se um interesse crescente de pesquisadores, educadores e políticos sobre as implicações do trabalho no desenvolvimento de adolescentes, emergindo publicações abordando prejuízos na criatividade (LOPES, 1986), na performance e rendimento escolar (STEINBERG;

4. Dissertação de Mestrado, defendida no Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC) do Centro Biomédico da UFES, em 2002.

DORNBUSCH, 1991), no desenvolvimento físico e mental (ASMUS et al., 1996; MARTINS et al., 2002), no incremento dos níveis de estresse (MINAYO-GOMEZ; MEIRELLES, 1997) e consumo de drogas (CARLINI-COTRIM; CARLINI, 1987; BACHMAN; SCHULENBERG, 1993; STEINBERG; CAUFFMAN, 1995; MORTIMER et al., 1996; RESNICK, 1997; POLLACK, 1998; VALOIS et al., 1999; SOLDERA, 2001), na redução do tempo dedicado ao sono (GAMBARDELLA; GOTLIEB, 1998; TEIXEIRA et al., 2001), aos estudos (CHAKUR, 1988), aos exercícios físicos (WEGMAN; DAVIS, 1999), à família e amigos (GREENBERGER et al., 1980) e ao lazer (STEINBERG; CAUFFMAN, 1995).

Contudo, não é apenas o fato de estar trabalhando que gera conseqüências negativas para o adolescente, sendo necessário avaliar, com critério, os fatores que podem interferir no seu desenvolvimento. “Não seria a inserção pura e simples no mercado de trabalho o fator determinante de possíveis sofrimentos, mas a vivência da obrigatoriedade do trabalho [...]” (SAMPAIO et al., 1999, p. 17). Dentre outros fatores que devem ser considerados nesta análise, podemos destacar a jornada de trabalho, os riscos existentes no ambiente, a relação contratual e as medidas legais de proteção, a função exercida e as relações hierárquicas, que são aspectos que podem influenciar, de forma negativa ou não, no desenvolvimento do adolescente.

Mas o trabalho também pode gerar grandes benefícios para o jovem, como aumento da responsabilidade, pontualidade, melhora da auto-estima e segurança (MORTIMER et al., 1996; WEGMAN; DAVIS, 1999). Esses benefícios estão ligados a experiências positivas no trabalho, mas, segundo o Comitê Americano, que define as implicações do trabalho na segurança e saúde de crianças e adolescentes, “[...] insuficiente atenção tem sido direcionada para o que constituem boas experiências de trabalho” (WASHINGTON, 1998, p.17, tradução nossa).

Além disso, a realização no trabalho é fundamental para a saúde e, quando não há essa possibilidade, gera insatisfação, tornando-se um fator de risco para a qualidade de vida. Frone e Windle (1997), em pesquisa com estudantes americanos entre dezesseis e dezenove anos, encontraram uma associação positiva entre insatisfação no trabalho e uso de drogas lícitas. De acordo com estudos da OMS, “[...] a insatisfação com sua qualidade de vida, dentre outros fatores, leva o indivíduo ao uso de drogas” (GALDURÓZ et al., 1997, p.103).

A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E CONSUMO DE DROGAS EM ESTUDANTES

O consumo de drogas entre adolescentes tem sido alvo de pesquisas em diversos países. Além da população de meninos que vivem nas ruas, os estudantes têm sido alvo de levantamentos sistematizados, a partir de uma metodologia proposta pela OMS⁵ (SMART et al., 1980). No Brasil, os primeiros estudos sobre uso de drogas em estudantes foram realizados em 1974, mas, somente a partir de 1986, adotou-se a referida metodologia (BUCHER, 1992).

Os estudos do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) que vêm sendo realizados sistematicamente em dez Capitais brasileiras, marcaram uma etapa importante nos levantamentos sobre uso de drogas em estudantes no Brasil. Os resultados apontam um aumento significativo no uso de drogas psicotrópicas entre os alunos das escolas públicas analisadas. Houve um aumento no uso pesado do álcool (droga lícita mais consumida) em oito Capitais, tendo sido observado também um aumento no uso experimental do tabaco.

Quanto às drogas ilícitas, houve um crescimento no uso freqüente e pesado da maconha em todas as Capitais estudadas, tornando-se a droga ilícita mais consumida entre os estudantes, superando o consumo de solventes (GALDURÓZ et al., 1997).

Utilizando a mesma metodologia do CEBRID, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, por meio do Programa Valorização da Vida, realizou, em 1984, um levantamento nas escolas públicas estaduais de Porto Alegre, e os resultados demonstraram, dentre outros aspectos, um maior consumo de drogas entre estudantes trabalhadores matriculados no ensino médio (RHODEN et al., 1994). Outras pesquisas (VALOIS et al., 1999; SOLDERA, 2001) também encontraram resultados que apontam uma associação positiva entre trabalho e consumo de drogas em estudantes, evidenciando a necessidade de implementar estudos que propiciem uma compreensão em diferentes aspectos sobre o consumo de drogas entre adolescentes trabalhadores no Brasil, conforme recomendado por Carvalho e CARLINI-COTRIM (1992).

Finalmente, tem-se observado que o impacto do trabalho na saúde dos estudantes adolescentes tem sido pouco estudado no Brasil e que, em nosso Estado, as ações preventivas voltadas para esse grupo têm sido insuficientes, em frente à magnitude do problema. Além disso, o trabalho que culturalmente é visto pela sociedade como um fator de proteção para o uso de drogas

entre adolescentes, de fato, pode estar facilitando ainda mais o acesso às drogas, seja pela autonomia monetária, seja pelo maior contato com indivíduos adultos, seja mesmo para diminuir níveis de ansiedade ou estresse (CARLINI-COTRIM; CARLINI, 1987).

Considerando todos os pressupostos apresentados e a necessidade de analisar melhor as implicações do trabalho na qualidade de vida do adolescente, foi realizado este estudo com o objetivo de identificar o padrão de consumo de drogas entre estudantes inseridos e não inseridos no mercado de trabalho, matriculados no ensino médio de uma escola pública do Espírito Santo, buscando relacionar o consumo de drogas e a situação ocupacional com alguns aspectos que podem interferir na qualidade de vida desses estudantes, tais como, defasagem escolar, padrão de sono, tempo disponível para atividades de lazer e relações sociais, satisfação com a saúde e consigo mesmo.

○ CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

A população do estudo constituiu-se por estudantes do ensino médio de uma escola pública localizada no município de Vitória-ES, utilizando-se uma amostra estratificada, composta por 333 indivíduos, dos quais 70 estudantes pertencem ao grupo de trabalhadores e 263 dos não trabalhadores. Como critérios de inclusão, elegeram-se as seguintes condições: estar matriculado no 1º, 2º ou 3º ano do ensino médio, freqüentando os turnos matutino, vespertino ou noturno, e estar presente em sala de aula no dia da aplicação da pesquisa.

Para a inclusão, do grupo de estudantes trabalhadores, foram adotados os seguintes critérios: empregado no setor formal ou informal, com ou sem registro em carteira de trabalho; estagiário com ou sem remuneração; bolsista; monitor. O método utilizado constituiu-se em estudo experimental do tipo observacional comparativo, para análise do consumo de drogas entre estudantes inseridos e não inseridos no mercado de trabalho.

Como procedimentos preliminares, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFES tendo sido aprovado. Foram selecionadas onze turmas, observando-se parâmetros estatísticos para garantir amostra significativa de alunos, adotando-se, como nível de significância, 5% e poder de 80%. O instrumento utilizado foi um questionário de autopreenchimento, anônimo, com questões fechadas e algumas abertas, contemplando dados de identificação, experiência com o trabalho, consumo de drogas, relacionamento

familiar, qualidade de vida e condição social. A tabulação dos dados foi conduzida pelo programa “Social Package Statistical Science” (SPSS), Versão 8.0, aplicando-se os testes qui-quadrado e o exato de Fischer, além de utilizar o teste t de independência para as médias, e também as medidas de tendência central – média (\bar{x}) e de dispersão – desvio-padrão (s) em algumas situações.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 333 estudantes do ensino médio, sendo 70 trabalhadores e 263 não trabalhadores. Os resultados não apontaram diferença estatística significativa entre os dois grupos com relação ao sexo, embora tenha sido encontrado um percentual maior de alunos do sexo masculino (60,7%) em relação ao feminino (39,3%) na amostra analisada, provavelmente em função dos cursos ofertados na área tecnológica, que atraem mais os estudantes do sexo masculino.

Vale ressaltar que diversos trabalhos evidenciam maior presença do sexo masculino tanto no mercado de trabalho (STEINBERG; CAUFFMAN, 1995; GAMBARDELLA; GOTLIEB, 1998) como no ensino médio (MINAYO et al., 1999). Alguns fatores históricos e culturais justificam essa diferença no Brasil, onde, durante muitos anos, a mulher exerceu um papel menos ativo na sociedade, não tendo acesso ao ensino formal, ficando restrita à aquisição de habilidades manuais e valores morais e religiosos. A partir de 1930, cresceu a participação da mulher no ensino secundário e, na década de 50, com a expansão econômica do setor terciário, a mulher passou também a ter maior inserção no mercado de trabalho (CAVALCANTI et al., 1992). Estatísticas revelam que, em 1940, nos Estados Unidos, 4% dos estudantes do sexo masculino e 1% do feminino estavam trabalhando durante o ano letivo, ao passo que, na década de 70, os valores eram de 27% e 16%, respectivamente (GREENBERGER et al., 1980) e, na década de 80, a força de trabalho estudantil era formada por 74% do sexo masculino e 72% do feminino (STEINBERG; CAUFFMAN, 1995), demonstrando que a participação de estudantes em geral no mercado de trabalho vem crescendo

⁵ A metodologia da OMS investiga o uso na vida (experimental), uso no ano (pelo menos uma vez nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa), uso no mês (pelo menos uma vez nos últimos trinta dias), uso freqüente (seis ou mais vezes nos últimos trinta dias) e uso pesado (vinte vezes ou mais nos últimos trinta dias).

ao longo das décadas, seja pela necessidade de aumentar a renda familiar, manter gastos pessoais de consumo ou pela necessidade de aliar o saber teórico ao prático. Embora a probabilidade de adolescentes do sexo masculino estarem trabalhando seja maior em relação ao feminino, essa diferença vem se reduzindo consideravelmente, e nossos resultados revelaram que 21,2% dos estudantes do sexo masculino e 20,6% do feminino trabalham. Uma pesquisa recente entre os jovens de Curitiba-PR revelou que as mulheres estão tendo uma melhor inserção no mercado de trabalho que os homens (SALLAS et al., 1999). O papel da mulher na sociedade tem sofrido enormes mudanças, que se manifestam também na vida das adolescentes, que antes realizavam o serviço doméstico e hoje ampliam seus conhecimentos por meio do ensino formal, sendo mais atuantes no mercado de trabalho.

Quanto à faixa etária, pode-se observar um maior número de estudantes trabalhadores, principalmente entre dezesseis e dezoito anos (67,1%) apresentando diferença estatística significativa entre estudantes trabalhadores e não trabalhadores, corroborando os achados de Sallas et al. (1999) que apontam a idade entre dezessete e vinte anos para os jovens conseguirem ter uma melhor inserção no mercado de trabalho. Vale ressaltar, também, que a idade regular para cursar o ensino médio no modelo de educação brasileiro é de quinze a dezessete anos (MINAYO et al., 1999), e que a Constituição Federal, em seu Capítulo II, art. 7º., proíbe o trabalho a menores de dezesseis anos, a não ser como aprendiz, a partir dos quatorze anos (BRASIL, 1999b).

Na análise de cor da pele, houve uma diferença significativa entre brancos e negros, comparando estudantes trabalhadores e não trabalhadores. Há mais estudantes brancos dedicando-se exclusivamente aos estudos (62,4%) do que negros (1,9%). Além disso, nossos achados mostram maior inserção de brancos tanto no mercado de trabalho quanto no ensino médio, corroborando os achados de outros autores (STEINBERG; CAUFFMAN, 1995; GOTTFREDSON, 1985; SALLAS et al., 1999; MINAYO et al., 1999).

Para a análise do perfil social, os resultados demonstram que os estudantes das classes A+B dedicam-se mais exclusivamente aos estudos e, nas classes C+D+E, concentra-se um maior número de estudantes trabalhadores. Os resultados aqui encontrados foram compatíveis com a pesquisa realizada em Curitiba-PR (SALLAS et al., 1999) onde 18,1% dos jovens dos estratos sociais A e B e 64,6% das classes C, D e E estavam inseridos no mercado

de trabalho. Essa pesquisa ainda revela que, além da inserção precoce no mercado de trabalho dos indivíduos mais pobres, impossibilitando-os de dedicarem-se mais à sua formação profissional, os jovens das classes sociais A e B ingressam com mais facilidade no mercado de trabalho e conseguem manter seus empregos por mais tempo, além de serem maioria (75%) entre os estagiários/bolsistas. Além disso, o trabalho tem significados distintos para indivíduos de diferentes classes sociais, tendo um caráter mais pedagógico para as classes A e B, representando, para as classes C, D e E, a necessidade de contribuição no orçamento familiar.

Os estudantes trabalhadores freqüentam mais o horário noturno (34,3%) em relação aos estudantes que não trabalham (8,4%). Historicamente, em nosso país, há uma relação direta entre trabalhar e freqüentar o ensino noturno, pela facilidade de acesso a um emprego remunerado (CAVALCANTI et al., 1992), considerando que o mercado de trabalho ignora a condição do jovem estudante, exigindo-lhe uma jornada incompatível com o ensino diurno.

A defasagem escolar também foi maior entre os estudantes que trabalham (41,4%) e embora a inserção no mercado de trabalho possibilite algumas vantagens para o adolescente, pode também provocar efeitos negativos como a interferência no seu desempenho escolar (CHAKUR, 1988; POLLACK, 1998; WEGMAN et al., 1999).

Com relação às faltas escolares, os estudantes que trabalham comparecem menos à escola (34,3%) apresentando diferença estatística significativa entre os grupos. Greenberger et al. (1981), ao analisarem conseqüências de estresse no trabalho em estudantes, constataram que, no sexo feminino, a situação de trabalho é fator determinante nas ausências à escola. Segundo Campos e Seiffert (1992), alguns professores acham que o estudante trabalhador não consegue assistir às aulas por diversos fatores, como fome, desmotivação e cansaço, considerando-o lento, com limitações físicas e psicológicas e dificuldades de comunicação; outros entendem que o desempenho do aluno está ligado à metodologia que o professor usa em sala de aula. A escola nem sempre utiliza a experiência que o aluno tem com o trabalho para despertar seu interesse, sua motivação e sua criatividade, e a ausência em sala de aula pode ser sintomática, devendo ser monitorada cuidadosamente por professores e supervisores, não como uma forma de controle rígido, mas procurando compreender os reais motivos do aluno na tentativa de buscar soluções para que ele não tenha prejuízos em seu aprendizado.

Na análise do relacionamento familiar, os estudantes trabalhadores

apresentaram pior relacionamento com o pai, comparados com os não trabalhadores. O papel paterno de “orientação” também foi menos destacado entre os estudantes trabalhadores (42,9%). Quanto ao relacionamento entre os pais, também é pior entre o grupo de alunos trabalhadores do que entre os não trabalhadores. Atualmente, o padrão de família é extremamente complexo e diversificado em face às mudanças de comportamento do ser humano, e torna-se tarefa extremamente difícil definir o que seja um padrão estável de estrutura familiar. Mas, considerando a importância dos pais no desenvolvimento do adolescente, e analisando com quem os estudantes moram, pode-se perceber que 87,1% dos trabalhadores e 96,2% dos não trabalhadores residem com um dos genitores ou com ambos, demonstrando que os estudantes não trabalhadores moram mais com os pais.

Existem poucos estudos sobre o impacto do trabalho nas relações familiares de adolescentes, sendo o tema bastante complexo. Entretanto, foi detectada uma associação positiva entre a jornada de trabalho dos estudantes e a incidência de brigas e discussões (BACHMAN; SCHULENBERG, 1993). Um maior envolvimento no trabalho reduz o tempo disponível para as atividades em família, mas não necessariamente interfere na qualidade dos relacionamentos, principalmente se considerarmos que a independência dos pais, sem alterar a qualidade da relação, é uma mudança saudável para o jovem adquirir maturidade e autonomia (GREENBERGER et al., 1989). A experiência do trabalho possibilita ao jovem maior autonomia dos pais (GOTTFREDSON, 1985; STEINBERG; DORNBUSCH, 1991; STEINBERG et al., 1993), necessária ao seu desenvolvimento, porém esse processo deve ser monitorado, considerando o período de transformações em que o jovem se encontra.

Os estudantes trabalhadores estão menos satisfeitos com sua qualidade de vida em relação aos não trabalhadores. Além disso, têm mais dificuldade de concentração, menos energia para seu dia-a-dia, menos oportunidades para atividades de lazer, menos tempo dedicado ao sono e maior cansaço físico e mental.

A qualidade de vida é um indicador extremamente complexo e que vem sendo associado ao conceito atual de saúde, estabelecido na Carta de Ottawa, durante a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1996, e que relaciona saúde à “[...] paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade [...] a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante

dimensão na qualidade de vida” (BRASIL, 2001, p.19-20). Embora os estudantes, em geral, tenham apresentado índices positivos de satisfação com sua qualidade de vida, foi observado menor índice entre os trabalhadores. Ao trabalhar, o estudante tem seu tempo reduzido para dedicar-se a outras atividades essenciais ao seu desenvolvimento, podendo-se destacar o menor tempo dedicado às atividades de lazer e sono entre estudantes trabalhadores (BACHMAN; SCHULENBERG, 1993; GAMBARDELLA; GOTLIEB, 1998; WEGMAN; DAVIS, 1999; TEIXEIRA et al., 2001) que comprometem sua qualidade de vida. O trabalho pode interferir de forma genérica em todas as esferas da vida do adolescente, gerando conseqüências em seu desenvolvimento físico e mental (MORTIMER et al., 1996). Além disso, estudantes que trabalham em tempo integral sentem grandes dificuldades de concentração nos estudos (TEIXEIRA et al., 2001).

Quanto ao tipo de lazer praticado entre os dois grupos, evidencia-se que os estudantes trabalhadores têm uma freqüência significativa a bares e danceterias. Tal fato deve-se provavelmente à maior autonomia monetária desse grupo (CARLINI-COTRIM; ROSEMBERG, 1990), o que também possibilita um contato maior com as drogas lícitas, principalmente o álcool, considerando que o adolescente tem fácil acesso nesses locais às bebidas alcólicas.

O padrão de consumo de drogas por categoria de usuários não apresentou nenhuma diferença estatística significativa entre os dois grupos analisados, já para o consumo de drogas ilícitas, na categoria de uso na vida, os valores foram compatíveis com resultados encontrados em outros Estados brasileiros, como Rio de Janeiro (21,8%) e Belo Horizonte (24,1%); os índices identificados pelo CEBRID, nas dez Capitais brasileiras, tiveram uma variação de 19,0% em São Paulo a 30,5% em Porto Alegre (GALDURÓZ et al., 1997).

Com relação às drogas lícitas, os resultados demonstram um elevado consumo, sendo 85,7% nos estudantes trabalhadores e 79,8% entre os não trabalhadores no uso experimental, e 40,0% e 36,5% para o uso no mês, respectivamente.

Sobre os motivos que levam os adolescentes ao uso de drogas lícitas, encontram-se, como principal fator, a curiosidade tanto entre estudantes trabalhadores (36,6%) como em não trabalhadores (35,7%). Para as drogas ilícitas, o fator também foi o mesmo. A segunda causa que motivou o uso de drogas lícitas entre os estudantes trabalhadores e não trabalhadores

foi o prazer, sendo representado por 18,3% e 18,6%, respectivamente. Diversos autores relatam que a curiosidade e a busca pelo prazer são fatores significativos para o consumo de drogas entre os adolescentes (CARLINI-COTRIM; CARLINI, 1987; HUGHES et al., 1997; MEDEIROS et al., 2000).

Com referência ao padrão de consumo de drogas lícitas e ilícitas por categoria, nos dois grupos estudados, pôde-se observar que, na categoria de uso na vida, a droga ilícita mais experimentada por estudantes trabalhadores foi a anfetamina (11,4%), seguida pela maconha (7,1%), ansiolítico (5,7%), solvente (4,3%) e cocaína (2,9%). Já entre os estudantes não trabalhadores, os solventes ocuparam o primeiro lugar (11,4%) seguidos pelos anfetamínicos (11,0%), maconha (9,1%), ansiolíticos (4,6%) e cocaína (0,4%). Quanto ao uso no mês, que expressa um consumo freqüente ou pesado, sendo de fato um risco para o desenvolvimento da dependência, a droga ilícita mais consumida entre os não trabalhadores foi a anfetamina (3,4%), seguida da maconha (1,9%), solventes (1,5%), cocaína (0,4%) e ansiolítico (0,4%). Já entre os estudantes trabalhadores, houve relato de consumo ilícito apenas de solventes (1,4%) e anfetamínicos (1,4%).

A elevada procura pelo uso de anfetamínicos nos dois grupos, mesmo que de forma experimental, foge aos padrões encontrados nas dez capitais estudadas pelo CEBRID que variaram de 2,0% em São Paulo a 6,6% em Porto Alegre. Para as demais drogas, os valores encontrados são compatíveis com os resultados do CEBRID (GALDURÓZ et al., 1997),

Com referência ao uso de drogas ilícitas no mês, o percentual de estudantes não trabalhadores que relataram uso de anfetamínicos também se mostrou elevado (3,4%), estando fora dos valores encontrados nas Capitais estudadas pelo CEBRID, que variaram de 0,9% em São Paulo a 2,5% em Porto Alegre. Para as demais drogas, o padrão de consumo mensal manteve-se dentro dos limites encontrados nas dez Capitais.

O padrão de beleza atual atribui um alto valor à magreza do corpo. Assim, a busca pelo corpo ideal tem gerado inúmeros prejuízos à saúde. O primeiro levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas realizado nas 24 maiores cidades do Estado de São Paulo demonstrou que 24,9% dos jovens entre doze a dezessete anos (22,5 meninos e 27,3 meninas) encontravam-se em estado de desnutrição, com IMC inferior a 18,4 (GALDURÓZ et al., 2000). Napo e Tabach (1999) também

encontraram índices alarmantes com relação ao uso de anfetamínicos entre mulheres. Das que fizeram uso dessa medicação, 60% não tinham indicação médica e 14% tinham peso saudável ou até mesmo insuficiente, necessitando fazer uma dieta especial para ganho ponderal.

Quanto ao consumo do álcool, inúmeros fatores contribuem para que seja a droga mais experimentada e amplamente consumida entre os adolescentes, destacando-se principalmente a elevada aceitação social, sendo, inclusive, seu consumo considerado como um comportamento normativo, amplamente praticado em atividades sociais e durante datas específicas, como carnaval, festas de fim de ano, sob influência da família, amigos e mídia (HUGHES et al., 1997; MESSAS, 1999; MEDEIROS et al., 2000). Além disso, também destacamos a aparência dos “drinks” ofertados em diversas cores e formas sendo um grande atrativo para o jovem. Muitos consomem álcool para imitar um padrão de comportamento adulto, para testar seus limites e mostrar maturidade e experiência com a droga (HUGHES et al., 1997).

Nos resultados deste estudo, constatou-se que o álcool foi oferecido pela primeira vez aos adolescentes pesquisados por familiares, tanto entre os estudantes trabalhadores (27,6%) como entre os não trabalhadores (36,8%). Os amigos aparecem em segundo lugar com 25,9% e 20,1%, respectivamente. Vale destacar também que o contato inicial com o álcool entre os trabalhadores e não trabalhadores ocorreu na própria casa, representando 29,3% e 37,8%, respectivamente.

É necessária uma reflexão dos pais em relação à dinâmica que se estabelece dentro do próprio ambiente doméstico, considerando que a sociedade considera o álcool como sinônimo de virilidade e maturidade, ignorando tratar-se de uma droga com efeitos devastadores em médio e longo prazo, nem sempre associados à frequência de consumo (FAPESP, 2000). Os dados do CEBRID revelam que 28,6% dos estudantes iniciaram o uso de álcool na própria residência e, em 21,8% dos casos, ofertado pelos pais. Além disso, observa-se um aumento da tendência de uso frequente em seis Capitais estudadas, e aumento para o uso pesado em praticamente todas as Capitais, exceto Belo Horizonte e Salvador (GALDURÓZ et al., 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise de alguns itens que comprometem a qualidade de vida, pode-se concluir que os estudantes trabalhadores possuem menos energia para o seu dia-a-dia, menos oportunidades para atividades de lazer e menor tempo dedicado ao sono. Além disso, os trabalhadores apresentam maior cansaço físico e mental, maior dificuldade de concentração e estão mais insatisfeitos com sua qualidade de vida.

O padrão de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os estudantes distribuiu-se de forma semelhante nos dois grupos pesquisados, mantendo-se compatível com os resultados de outras Capitais brasileiras, entretanto, na análise do consumo de drogas ilícitas, o uso de anfetamínicos demonstrou-se bastante elevado, estando acima dos resultados encontrados em outras Capitais analisadas, tanto na categoria de uso na vida, como também no uso no mês. Tal resultado demonstra o quanto o jovem segue os comportamentos ditados pela mídia, principalmente no que se refere ao padrão de beleza estabelecido socialmente. Quanto aos solventes, o consumo foi maior entre o grupo de não trabalhadores. A droga é obtida principalmente com amigos e seu uso ocorre sobretudo em bares e danceterias, sendo também usado na escola.

Quanto às drogas lícitas, o álcool é, sem dúvida, a mais consumida pelos estudantes, estando geralmente associado ao cigarro. O álcool mostrou ser a droga utilizada mais precocemente pelos estudantes. Seu uso tem sido cada vez mais precoce e o mais grave é que o uso inicial da droga, geralmente no ambiente doméstico, é estimulado pelos familiares.

O comportamento normativo do uso de álcool entre os jovens e a banalização social da bebida têm impedido que a substância seja encarada com mais cautela pela sociedade, principalmente considerando que é a porta de entrada para as demais substâncias e que, além de provocar conseqüências imediatas após o uso, também possui um efeito cumulativo no organismo, que provocará efeitos tardios e sérios para a idade adulta, no âmbito físico, mental e social.

Os estudantes trabalhadores freqüentam significativamente mais os bares e danceterias, buscando uma forma de lazer e diversão, sendo esses os locais mais citados pelos estudantes de ambos os grupos pesquisados como o maior uso do álcool. Os episódios de embriaguez bem como as faltas à escola após o uso de álcool foram mais freqüentes entre os estudantes trabalhadores.

É preciso que o trabalho esteja na vida do jovem, permitindo que ele desenvolva suas potencialidades. A saúde do adolescente precisa ser vista com um foco especial no trabalho, considerando a importância desse aspecto na vida do ser humano, pois se a atividade profissional ainda não é uma realidade, é algo que ele busca para si, estando em seus projetos de vida.

Assim, a educação em saúde representa um ponto fundamental na busca de melhor qualidade de vida e o enfermeiro deve direcionar mais a sua atenção para o adolescente trabalhador, tanto ampliando as discussões sobre o uso indevido de drogas, como também sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ASMUS et al. Riscos ocupacionais na infância e na adolescência: uma revisão. **Jornal de Pediatria**, v. 72, n. 4, p. 203-208, 1996.

BACHMAN, J. G.; SCHULENBERG, J. How part-time work intensity relates to drug use, problem behavior, time use, and satisfaction among high school seniors: are these consequences or merely correlates? **Developmental psychology**, n. 29, p. 220-233, 1993.

BRASIL. Estatuto (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1991.

BRASIL. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto **Promoção da Saúde**. Brasília, 2001.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

CAMPOS, M. B.; SEIFFERT, O. M. L. B. O ensino de 2º grau: quem

o desqualifica? In: MAFRA, L. A.; CAVALCANTI, E. C. (Org.). **O ensino médio no Brasil: da ruptura do privilégio à conquista do direito**. Brasília: INEP, 1992.

CARLINI-COTRIM, B.; CARLINI, E. L. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo: parte 1. Estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual. **Rev. ABP-APA**, v. 9, n. 2, p. 49-58, abr./jun. 1987.

CARLINI-COTRIM, B.; ROSEMBERG, F. Drogas: prevenção no cotidiano escolar. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 74, p. 40-46, ago. 1990.

CARVALHO, V. A.; CARLINI-COTRIM, B. Atividades extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-9, 1992.

CAVALCANTI et al. **Protagonistas do ensino de 2º grau no Brasil: alunos e professores**. In: MAFRA, L. A.; CAVALCANTI, E. C. (Org.). **O ensino médio no Brasil: da ruptura do privilégio à conquista do direito**. Brasília: INEP, 1992.

CHAKUR, C. Desenvolvimento cognitivo em escolarização de menores trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 16, n. 61, p. 7-12, jan./mar. 1988.

DONAS, S. Salud integral y vida estudiantil. **Adolescencia y salud**, v. 1, n.1, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.org>>. Acesso em: 11 mar. 2001.

FRONE, M. R.; WINDLE, M. Job dissatisfaction and substance use among employed high school students: the moderating influence of active and avoidant coping styles. **Substance Use & Misuse**, v. 32, n. 5, p. 571-585, 1997.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO (FAPESP). **Drogas: mitos desfeitos**. Suplemento especial, n. 52, p.14-21, abr. 2000.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997**. São Paulo: CEBRID, 1997.

GAMBARDELLA, A. M. D; GOTLIEB, S. L. D. Dispendio energético de adolescentes estudantes do período noturno. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 413-419, out.1998.

GREENBERGER, E. et al. Adolescents who work: effects of part-time employment on family and peer relations. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 9, n. 3, p. 189-202, 1980.

HUGHES, K. et al. Young people, alcohol, and designer drinks: quantitative and qualitative study. **BMJ**, v. 314, n. 8, p. 414-418, 1997.

JOHNSON, C. A. et al. Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 58, n. 4, p. 447-56, 1990.

LOPES, V. L. S. Adolescência e criatividade: o trabalho precoce e suas relações com a personalidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 95-114, out./dez. 1986.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, n. 22, supl.II, p. 32-6, 2000.

MARTINS, I. S. et al. Crescimento e trabalho de estudantes de ensino fundamental e médio em São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 19-25, 2002.

MEDEIROS, J. G. et al. Avaliação epidemiológica do padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes residentes na cidade de João Pessoa. **Pediatria Atual.**, v. 13, n. 7, p. 23-32, jul. 2000.

MESSAS, G. P. A participação da genética nas dependências químicas. **Rev.**

Brasileira de Psiquiatria, v. 21, p. 33-9, out.1999.

MINAYO, M. C. et al. **Fala, galera: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO-GOMEZ, C.; MEIRELLES, Z. V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.135-140, 1997.

MORTIMER, J. T. et al. The effects of work intensity on adolescent mental health achievement, and behavioral adjustment: new evidence from a prospective study. **Child Development**, n. 67, p.1234-61, 1996.

NAPPO, S. A.; Tabach, R. Mulheres, “obesidade” e anfetaminas. **Revista da Associação Brasileira do Estudo do Álcool e Outras Drogas**, ano 2, n.1, p. 51-59, jun. 1999.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R. Trabalho infanto-juvenil: motivações, aspectos legais e repercussão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 437-441, abr./jun. 1998.

POLLACK, S. H. Teens at Work. **Journal of Adolescent Health**, n. 22, p. 26-28, jan. 1998.

RAMOS, F. R. S. et al. (Org.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEEn/ Governo Federal, 2000.

RESNICK, M. D. et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. **Journal of American Medical Association**, v.10, n. 278, p. 823-832, 1997.

RHODEN, C. R. et al. **Levantamento do perfil epidemiológico do usuário de substâncias psicoativas em escolas estaduais de Porto Alegre/1994**. Programa Valorização da Vida/Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1995. 75 p.

SAGGESE, E.; LEITE, L. C. Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos**

Juventude Saúde e Desenvolvimento, Brasília, v. 1, p. 197-205, ago. 1999.

SAITO, M. I. O adolescente como protagonista e agente de transformação: o projeto de vida em questão. **Pediatria Moderna**, v. 37, p. 41-44, maio, 2001. Edição especial.

SALLAS, A. L. et al. **Os jovens de Curitiba**: esperanças e desencantos. juventude, violência e cidadania. Brasília: UNESCO, 1999.

SAMPAIO, J. J. C. et al. Trabalho precoce: exigência econômica versus deslegitimação cultural. In: _____. (Org.). **Trabalho, saúde e subjetividade**. Coleção Saúde Coletiva no Ceará n.1. Fortaleza: INESP/ EDUECE, 1999. p.11-20.

SMART, R. G. et al. **A methodology for students drug use surveys**. Geneva: World Health Organization, 1980. [Offset Publication, 50].

SOLDERA, M. **Uso de drogas por estudantes de 1º e 2º graus na cidade de Campinas**: prevalência e fatores sócio-demográficos, culturais e psicopatológicos. 2001. 384 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2001.

STEINBERG, L. et al. Negative impact of part-time work on adolescent adjustment: evidence from a longitudinal study. **Developmental Psychology**. v. 29, n. 2, p.171-180, 1993.

STEINBERG, L.; Cauffman, E. The impact of employment on adolescent development. **Annals of Child Development**, n.11, p. 131-166, 1995.

STEINBERG, L.; Dornbusch, S. M. Negative correlates of part-time employment during adolescence: replication and elaboration. **Developmental Psychology**. v. 27, n. 2, p. 304-313, 1991.

TEIXEIRA, L. R. et al. Duração de sono referida entre adolescentes trabalhadores e não trabalhadores e algumas conseqüências em suas atividades:

educação e trabalho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SW ADOLESCÊNCIA, 7., 2001, Salvador. **Anais...** Salvador, BA, 2001. p.182.

VALOIS, R. F. et al. Association between employment and substance abuse behaviors among public high school adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 25, p. 256-63, 1999.

WASHINGTON (USA). 1998 **Protecting youth at work. Health, Safety, and Development of Working Children and Adolescents in the United States**. Disponível em: <http://www.books.nap.edu/books/o3o9o64139/html/index.html>. Acesso em: jun 2001.

WEGMAN, D. H.; DAVIS, L. K. Protecting youth at work. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 36, p. 579-583, 1999.

ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E PARACOCCIDIOIDOMICOSE, UM ESTUDO DE CASO CONTROLE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Werbená A. Santos
Aloísio Falqueto

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), existe cerca de 1,1 bilhão de fumantes no mundo, o que representa um terço da população mundial acima de quinze anos. Aproximadamente 800 milhões desses fumantes estão nos países subdesenvolvidos. Estima-se que 47% dos homens e 12% das mulheres do mundo fumam, sendo 48% de homens e 7% de mulheres nos países subdesenvolvidos e 42% dos homens e 24% das mulheres nos países desenvolvidos (INCA, 1997).

No Brasil, cerca de 30% da população adulta fumam, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens. A faixa de 20 a 49 anos de idade concentra a maioria dos fumantes. Em todas as faixas etárias, há predomínio de fumantes do sexo masculino. O maior consumo está nas camadas sociais com menor poder aquisitivo e é proporcionalmente maior entre os moradores da zona rural (BRASIL, 1998). Os autores Chaieb e Castellarin (1998) encontraram maior prevalência de fumantes entre alcoolistas do que entre não alcoolistas, com tendência de os primeiros começarem a fumar mais cedo além de fumarem por mais tempo e maior número de cigarros.

Na fumaça do cigarro, principal forma de consumo do tabaco, já foram identificadas 4.720 substâncias, que podem ser classificadas em quinze funções químicas diferentes. As principais são a nicotina e seus derivados, que causam a dependência química e também efeitos sobre os sistemas nervoso e circulatório; o monóxido de carbono, que altera o transporte de oxigênio no sangue para os tecidos; os compostos cancerígenos; as substâncias adicionadas no processo de cultivo do tabaco e na sua manufatura e, finalmente, as substâncias irritantes da mucosa respiratória, que levam ao desenvolvimento de bronquite e favorecem o desenvolvimento de infecções respiratórias

(ROSEMBERG, 1987).

A acroleína e seus derivados, as mais importantes das substâncias irritativas da fumaça do tabaco, causam efeitos tanto imediatos quanto tardios no aparelho respiratório. Irritação, inflamação, alergia, tosse, broncoconstrição e paralisação dos movimentos ciliares do epitélio respiratório (ciliostase) são efeitos imediatos encontrados. Estimulação de secreção de muco, perda dos cílios, outras alterações do epitélio dos brônquios, alteração na atividade enzimática e imunitária dos macrófagos alveolares, além de inflamação crônica brônquica e destruição alveolar são os efeitos tardios encontrados nos pulmões dos fumantes (ROSEMBERG, 1987).

O tabagismo está relacionado com uma maior morbimortalidade. Os fumantes adoecem 3,5 vezes mais que os não fumantes. O tabaco é considerado fator de risco para cerca de 25 doenças, entre elas, o câncer do lábio, cavidade oral, faringe, esôfago, pâncreas, laringe, pulmão, traquéia e brônquios, bexiga, pelve renal, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doença vascular periférica, baixo peso em recém-nascido, úlcera péptica, gravidez malsucedida, aumento da mortalidade infantil, incluindo a síndrome da morte súbita infantil. Entre as doenças infecciosas, têm sido associadas ao hábito de fumar a tuberculose e infecções respiratórias baixas, em qualquer idade. Há evidências de que o tabaco afeta a imunidade humoral e a mediada por células, sendo fator de risco para doenças notadamente pulmonares, bacterianas e viróticas (ROSEMBERG, 1987, 1997; INCA, 1997). Entre 34.439 médicos ingleses que participaram de um estudo prospectivo sobre a mortalidade associada ao tabagismo, o risco de morrer por tuberculose pulmonar foi de 3,7 entre os tabagistas, quando comparados com os não fumantes (DOLL et al., 1994).

A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica, de evolução arrastada, descrita pela primeira vez por Adolpho Lutz, em 1908, no Estado de São Paulo, Brasil (DEL NEGRO et al., 1982). O agente etiológico é o *Paracoccidioides brasiliensis*, um fungo assexuado e dimórfico, de crescimento lento em meios de cultura. No Brasil, há poucos relatos de isolamento do fungo de animais silvestres, como tatus (BAGAGLI et al., 1998), e do solo (FERREIRA et al., 1990; MONTENEGRO et al., 1996). Essa é a principal dificuldade encontrada no estudo de sua distribuição geográfica, sendo praticamente desconhecidos os fatores que favorecem seu desenvolvimento no meio ambiente.

Sabe-se, hoje, que a doença é endêmica em toda a América Latina, predominantemente nas regiões entre 20° ao Norte e 35° ao Sul do Equador, estando presente do México até a Argentina. As condições ambientais favoráveis para a sua presença são: temperaturas entre 10-28°C; chuvas entre 500-2500mm/ano; clima temperado a quente, moderadamente úmido; abundantes florestas nativas; altitude variável, entre 47-1300m acima do nível do mar; abundantes cursos de água; invernos curtos; verões chuvosos e solo quase sempre ácido (RESTREPO, 1985). Em um estudo ecológico na Colômbia, Calle et al. (2001) encontraram associação entre uma maior incidência da doença nas regiões com altitude entre 1.000 e 1.499 metros acima do nível do mar, precipitações entre 2.000 a 2.999mm, presença de florestas úmidas e regiões de colheita de café e tabaco.

Na América Latina, o Brasil apresenta a maior estatística de casos, distribuídos principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e Mato Grosso do Sul. Os números mais expressivos foram registrados em São Paulo. Não sendo uma doença de notificação compulsória, não temos sua incidência real. Em zonas endêmicas, ela é estimada em um a três casos por 100 mil habitantes. A moléstia acomete preferencialmente trabalhadores que estão em contato com o solo, como os agricultores, e, dentre eles, é comum nos da lavoura do café. Também está presente entre trabalhadores da construção civil que, na maioria das vezes, são oriundos da zona rural e do trabalho no campo (MARTINEZ, 1996).

Em 54 inquéritos epidemiológicos com a paracoccidiodina, realizados em vários Estados do Brasil, alguns na população geral, outros em crianças e escolares, a positividade do teste variou de 2% entre crianças de bairros pobres do Rio de Janeiro a 82% entre soldados em Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul (FAVA, FAVA NETTO, 1998).

No Estado do Espírito Santo, a incidência da moléstia parece relativamente elevada, a julgar pela frequência com que os doentes buscam atendimento nos serviços médicos de referência. No entanto, existem poucos estudos sobre a epidemiologia da doença nesse Estado. Na zona rural do município de Colatina-ES, Vieira (1979) realizou inquérito com teste intradérmico da paracoccidiodina entre alunos e funcionários de um Colégio Agrícola e habitantes das suas cercanias, encontrando uma taxa de 20,05% de reatores.

Quanto ao mecanismo da infecção humana, estudos clínicos e laboratoriais demonstram ser a via inalatória a porta de entrada do *P. brasiliensis* no organismo.

Após atingir os pulmões, o fungo dissemina-se por via linfática, hematogênica, atingindo diversos órgãos e, por via canalicular, através da árvore respiratória. A evolução da infecção para doença depende da virulência do agente e da capacidade de resposta imunológica do hospedeiro, em especial da imunidade celular e do sistema fagocítico mononuclear (FERREIRA, 1996; MONTENEGRO; FRANCO, 1994). Considerando os elevados índices de testes intradérmicos positivos em determinadas populações, a incidência relativamente baixa de casos clínicos da doença entre essas pessoas sugere que o fungo seja de baixa patogenicidade.

A doença é classificada clinicamente como regressiva, progressiva ou “seqüelar”. A forma progressiva pode ser aguda, subaguda (tipo juvenil) ou crônica (tipo adulto) (MENDES, 1996). A forma juvenil manifesta-se geralmente em pessoas com menos de trinta anos de idade, caracterizando-se principalmente pelo comprometimento de órgãos ricos em células do sistema fagocítico mononuclear, como os gânglios linfáticos, baço, fígado e medula óssea. Essa é a forma mais grave da doença que, em crianças abaixo de dez anos de idade, acomete indistintamente ambos os sexos. A partir da segunda década de vida, passa a predominar no sexo masculino.

A forma crônica da moléstia manifesta-se quase sempre a partir da quarta década, acometendo principalmente os pulmões, a mucosa oral e o trato respiratório superior, além da pele. Predomina de forma quase absoluta no sexo masculino, suspeitando-se de que, além de fatores hormonais (YASUDA; RESTREPO, 1996), participem no desenvolvimento da doença fatores de risco externos, agindo diretamente sobre o trato respiratório, ou atuando na imunidade mediada por células.

Mesmo com o tratamento adequado, a forma crônica pode deixar, como seqüela, grave disfunção respiratória, principal manifestação da forma seqüelar da doença.

Entre as diversas vertentes dos estudos epidemiológicos sobre a paracoccidiodomicose, uma das linhas de pesquisa busca identificar fatores que levam o indivíduo infectado a manifestar a doença. Na forma crônica, o período decorrido entre a infecção e o início de manifestações clínicas pode ser muito longo. Pessoas infectadas, morando em áreas endêmicas, podem adoecer até trinta anos depois de terem deixado a área endêmica (RESTREPO, 1990). Os primeiros sintomas surgem quase sempre na faixa etária dos trinta aos cinquenta anos de idade, no sexo masculino.

Entre os fatores desencadeantes da doença, tem sido citado o alcoolismo e a desnutrição. Em pacientes portadores de doenças imunossupressoras, como a Aids, o fungo pode se comportar como um agente oportunista (MARTINEZ, 1996).

Murray et al. (1974), em relato de um paciente que desenvolveu a forma disseminada, referem que ele fumava um maço de cigarros por dia. Em uma série de vinte casos com a forma crônica, todos os pacientes eram fumantes (LEMLE et al., 1983). Outros autores também relatam a presença do tabagismo entre os pacientes com a forma crônica da doença (WASHBURN; BENNETT, 1986). Também Oliveira et al. (1997), em estudo de 54 casos de paracoccidioidomicose oral, relatam que dois terços dos pacientes eram tabagistas. Há referência ainda ao uso de álcool e fumo por pacientes com manifestações laríngeas na paracoccidioidomicose (SANT'ANNA et al., 1999). Apesar das menções feitas por diversos autores, em revisão recente da literatura, não se encontrou qualquer estudo controlado associando o tabagismo à paracoccidioidomicose.

No Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário, onde foi realizado este estudo, são atendidos muitos pacientes portadores da doença. Em estudo prévio não controlado, observou-se que a maioria dos pacientes com a forma crônica da paracoccidioidomicose apresentava tabagismo associado. Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo investigar a influência do tabagismo como fator de risco no desenvolvimento da forma crônica dessa doença. Como já existe na literatura trabalho demonstrando a associação da paracoccidioidomicose ao alcoolismo (MARTINEZ; MOYA, 1992), essa variável também foi considerada nesta investigação.

MATERIAL E MÉTODOS

A partir do atendimento da demanda de pacientes que procuravam o Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, no período de julho de 1999 a julho de 2000, foram selecionadas pessoas portadoras da forma crônica da paracoccidioidomicose, para compor o grupo dos casos da doença, em um estudo do tipo caso-controle. Foram adotados os seguintes critérios para inclusão dos pacientes (casos) no estudo: diagnóstico confirmado de paracoccidioidomicose pela demonstração do agente etiológico em exame histopatológico, raspado de lesão ou exame de escarro, idade superior a trinta

anos, sem adenomegalias sugestivas da forma juvenil aguda e ausência de co-infecção pelo vírus HIV.

Para compor o grupo controle, foram programadas visitas a 34 localidades rurais, distribuídas em 23 municípios do Estado do Espírito Santo, objetivando identificar local de nascimento, residência e procedência imediata dos doentes. Dada a dificuldade para se determinar a renda entre os trabalhadores rurais e considerando que os doentes eram quase sempre pessoas de padrão socioeconômico mais baixo, o grupo controle foi composto de meeiros, diaristas, empregados rurais e pequenos proprietários, que tivessem pelo menos cinco anos de atividade no meio rural.

Na tentativa de melhor atender aos requisitos acima, selecionava-se cerca de 20% das habitações de cada localidade, procurando visitar as casas com padrão de construção mais simples, em busca de pessoas que preenchessem os demais critérios para composição do grupo controle, como se descreve a seguir: moradores nas localidades, sem limite superior de idade, e com limite inferior de 32 anos, correspondente à idade do doente mais jovem, quando do início dos sintomas, sem história de doença crônica compatível com paracoccidiodomicose, comprometendo pulmões, pele ou mucosa. O pareamento em relação ao sexo manteve também a mesma proporção de controles para cada caso. Evitou-se sempre entrevistar as pessoas fora de suas casas, em bares, igrejas e em outros locais que pudessem causar viés de seleção dos controles.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário padronizado com questões sobre dados sociodemográficos, ocupação, local onde nasceu, morou e trabalhou. Em relação aos hábitos de vida, anotaram-se dados sobre o uso de álcool e tabaco, idade de início, tempo de consumo, periodicidade e quantidade consumida. Para o cálculo da quantidade de álcool consumido, foram avaliados os teores médios do produto nos diversos tipos de bebidas, como se segue: aguardente de cana = 40%, cerveja = 5%, vinho = 12%, outros destilados = 55%. A intensidade do alcoolismo foi padronizada, calculando-se a média de consumo diário, em gramas. Para aqueles que consumiam o produto somente nos fins de semana, a média diária representou o total de álcool consumido por semana, dividido por sete. Foram considerados ex-alcoolistas os que deixaram de consumir o produto há pelo menos cinco anos. Em relação ao tabaco, a intensidade de consumo diário representou a soma dos cigarros consumidos por dia. Considerou-se cada cigarro de palha equivalendo a cinco industrializados (SUZUKI, et al., 1994). Da mesma

forma, foram considerados ex-fumantes aqueles que pararam de fumar há pelo menos cinco anos.

Na ficha dos doentes, foram anotados também o critério de diagnóstico, a forma clínica da doença e a idade de adoecimento. Ainda no grupo dos doentes, a classificação de ex-fumante e ex-alcoolista refere-se ao abandono do fumo e do álcool pelo menos cinco anos antes do aparecimento dos primeiros sintomas.

Para o processamento e análise estatística dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 8.0 para Windows 95.

Inicialmente foi aplicado o teste de hipóteses qui-quadrado para determinar as associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas. Foi também calculado o odds ratio para as variáveis, considerando como referência a categoria ausência do fator em estudo e o intervalo de confiança de 95%. O teste de hipóteses *t*, para amostras independentes, foi utilizado para comparar as médias das variáveis estudadas, nos grupos caso e controle, e também para comparar as médias de idade de adoecimento, nos subgrupos dos doentes, divididos de acordo com a maior ou menor exposição aos supostos fatores de risco. O teste não paramétrico de Levene foi utilizado para testar se as variâncias dos dois grupos eram iguais, pressuposto básico para a aplicação do teste *t*. Em todos os testes, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Para a análise por meio da regressão logística, foram utilizadas como variáveis independentes aquelas que se mostraram estatisticamente significativas na análise univariada e, possivelmente, relacionadas com a doença, sendo dicotomizadas da seguinte maneira: SIM para a presença do fator, e NÃO para a ausência. Utilizou-se o método forward stepwise LR, com níveis de significância de 10% para inclusão e 15% para exclusão das variáveis.

Quanto aos aspectos éticos, todas as informações do presente estudo foram de caráter confidencial, não sendo divulgado o nome dos participantes a pessoas que não estivessem diretamente ligadas ao estudo. Os candidatos eram informados sobre o tipo e a finalidade do estudo, bem como a garantia da confidencialidade das informações. Após o esclarecimento de dúvidas porventura existentes, eles eram convidados a responder às perguntas contidas no questionário. Havendo o consentimento verbal do candidato, iniciava-se a entrevista. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme parecer do Processo n. 0987/01-47.

RESULTADOS

Dos 81 pacientes com paracoccidiodomicose atendidos no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, no período de julho de 1999 a julho de 2000, nove foram excluídos por apresentarem quadro clínico compatível com a forma aguda, e duas pacientes por apresentarem co-infecção com HIV.

O grupo que preencheu os critérios para inclusão no estudo foi composto por setenta pacientes com a forma crônica da paracoccidiodomicose. A média de idade dos doentes foi de 52,6 anos (DP \pm 10,5 anos) e mediana de 51,5 anos, variando de 32 a 76 anos. Sessenta e nove (98,6%) eram do sexo masculino e uma (1,4%) do sexo feminino. Sessenta e cinco (92,8%) fumavam no momento em que adoeceram e cinco (7,2%) haviam parado de fumar, há pelo menos cinco anos antes do adoecimento. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 55 (78,6%) relatavam o consumo, 11 (15,7%) haviam parado de beber e 4 (5,7%) negavam o uso de álcool. Em 54 pacientes (77,2%), a radiografia de tórax evidenciava a presença de lesões pulmonares. Em 35 (50%), estas estavam associadas a lesões mucosas, em 3 (4,3%) a lesões cutâneas e em 7 (10,0%) a lesões cutâneo-mucosas.

Entre os 180 indivíduos controle, a média de idade foi de 55,6 anos (DP \pm 14,0 anos) e mediana de 54 anos, variando de 33 a 92 anos. Cento e setenta e sete (98,3%) eram do sexo masculino e três (1,7%) do sexo feminino. Oitenta e cinco indivíduos (47,2%) eram fumantes, 47 (26,1%) ex-fumantes e 48 (26,7%) não fumantes. Em relação ao alcoolismo, 123 (68,3%) relatavam uso de bebidas alcoólicas, 37 (20,5%) haviam parado de beber e 20 (11,1%) não usavam bebidas alcoólicas.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados comparativos das variáveis de consumo de tabaco e álcool estudado nos grupos caso e controle.

Tabela 1 – Resultado comparativo dos grupos caso e controle para as diversas variáveis estudadas, valores do qui-quadrado e p-valor, odds ratio com o intervalo de confiança

Variável	Caso o	Controle n	χ^2	p-valor**	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Fumo			43,7	0,000	14,5	5,6–37,7
Não/Ex-fumante	5	95				
Sim	65	85				
Tipo Cigarro			54,3	0,000		
Não fuma***	5	95			1	-
Industrializado	11	14			14,9	4,5–49,4
Palha	5	21			4,5	1,2–17,0
Ambos	49	49			19,0	7,1–50,8
Outros tipos	0	1			1,0	1,0–1,0
Álcool			28,5	0,000		
Não bebe***	4	20			1	-
Parei 5 anos	11	37			1,5	0,4-53
Socialmente	4	31			0,6	0,1-2,9
< 50g dia/ fse*	6	32			0,9	0,2-3,7
> 50g dia/fse*	11	6			9,2	2,1-39,6
< 50g dia	3	11			1,4	0,2-7,2
> 50g dia	31	43			3,6	1,1-11,6
Tipo de Bebida			17,0	0,004		
Não bebe***	15	57			1	-
Destilados	1	0			0,9	0,8-11
Cachaça	51	93			2,1	1,1-4,0
Vinho	0	3			1,0	1,0-1,1
Cerveja	1	24			0,2	0,0-1,3

* - média diária do total de álcool consumido no fim de semana.

** - em negrito os valores estatisticamente significativos.

*** - categoria considerada referência para o cálculo do OR

Ao comparar a média das variáveis medidas nos casos e controles utilizando o teste t, os resultados indicam a existência de diferenças entre todas as variáveis, exceto a variável idade (Tabela 2).

Tabela 2 – Média e desvio-padrão (DP) das variáveis dos casos e controles e teste t com o p valor

Variáveis	Caso N=70 Média (±DP)	Controle N=180 Média (±DP)	Teste t	p valor
Idade em anos	52,6 (±10,5)	55,6 (±14,0)	-1,8	0,061
Idade em anos que começou a fumar	13,5 (±3,7)	10,9 (±8,0)	3,5	0,001
Tempo em anos que fuma	38,2 (±10,6)	24,3 (±21,5)	6,8	0,000
Número de cigarros/dia	18,1 (±12,5)	6,6 (±9,8)	6,9	0,000
Tempo em anos que parou de fumar	0,8 (±3,2)	5,5 (±11,4)	-5,1	0,000
Tempo em anos que parou de beber	2,0 (±5,3)	5,5 (±15,5)	-2,6	0,010
Idade em anos que começou a beber	31,4 (±33,0)	18,1 (±15,2)	3,2	0,002
Tempo em anos que bebeu álcool	42,1 (±29,7)	29,7 (±20,51)	3,2	0,002

Na regressão logística, as variáveis utilizadas foram: Atualmente fuma? Fuma há mais de vinte anos? Fuma cigarro industrializado? Fuma cigarros de palha? Fuma ambos os tipos de cigarros? Fuma vinte ou mais cigarros por dia? Bebe mais de 50g/dia de álcool? Bebe cachaça?

Entre os doentes, os tabagistas por mais de vinte anos mostraram maiores chances de desenvolver a doença OR 10,1 (IC 95%: 2,2 – 45,8), seguido pelo consumo de cigarros industrializados OR 4,8 (IC 95% 2,2 – 10,7), porém o consumo de >50g/dia de álcool mostrou menor chance para adoecer OR 2,9 (IC 95% 1,5 – 5,5) (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis associadas à forma crônica da paracoccidiodomicose com os respectivos Odds Ratio e intervalo de confiança de 95%

Variável	Odds Ratio	Intervalo de confiança (95%)
≥ 20 anos de fumo	10,1	2,2 - 45,8
Cigarro industrializado	4,8	2,2 - 10,7
> 50g. álcool/dia	2,9	1,5 - 5,5

A comparação da intensidade de consumo do tabaco e do álcool, em relação à média de idade de adoecimento (Tabela 4) mostra que, no grupo dos fumantes de vinte ou mais cigarros/dia, a média de idade de adoecimento foi de 46,1 anos, enquanto no segundo grupo, a média foi de 54 anos de idade. A diferença mostrou-se significativa ($p=0,002$), indicando que os indivíduos que fumavam vinte ou mais cigarros/dia adoeceram em média oito anos antes que os demais. O mesmo tipo de análise foi feito em relação ao consumo de álcool, comparando os que bebiam >50g/dia com os demais. No primeiro grupo, a média de idade de adoecimento foi de 49,3 anos, enquanto no segundo a média foi de 50 anos. A diferença não foi significativa ($p=0,780$), indicando que a intensidade do consumo de álcool não influenciou na idade de adoecimento.

Tabela 4 - Comparação da média de idade de adoecimento em relação à intensidade do consumo de tabaco e álcool entre os pacientes com a forma crônica de paracoccidiodomicose

Grupos	Nº de doentes	Média de idade de adoecimento (anos)	Teste t	p valor
≥ 20 cigarros dia	38	46,1	3,3	0,002
< 20 cigarros dia	32	54,0		
> 50g/dia de álcool	31	49,3	-2,8	0,780
< 50g/dia de álcool	39	50,0		

DISCUSSÃO

Diversos autores relatam a presença do tabagismo entre portadores da forma crônica da paracoccidiodomicose em séries descritivas de casos (LEMLE et al., 1983; WASHBURN; BENNETT, 1986; OLIVEIRA et al. 1997; SANT'ANNA et al., 1999, BISINELLI et al., 2001). Também DEL NEGRO (1986), em sua experiência, sugere que o tabagismo possa influenciar na recidiva de lesões pulmonares em pacientes considerados clinicamente curados. Por outro lado, Wanke (1976) não encontrou influência do fumo de cigarros de palha de milho e cachimbo favorecendo a infecção pelo *P. brasiliensis*. Quanto ao alcoolismo, Martinez e Moya (1992), em estudo caso-controle, demonstraram associação entre o consumo excessivo de álcool, em especial a aguardente de cana, e a forma crônica da doença.

Neste trabalho, a análise estatística mostrou que os doentes consumiam mais bebida alcoólica que os saudáveis e que a chance de adoecer era maior naqueles que consumiam mais de 50g de álcool/dia diariamente ou nos fins de semana e entre os consumidores de cachaça. Nesse ponto, os resultados deste estudo concordam perfeitamente com as observações de Martinez e Moya (1992). No entanto, os doentes também fumavam mais que os do grupo controle, sendo maior a chance de adoecer entre aqueles que fumavam cigarros de palha e industrializados juntos (Tabela 1). Os doentes, em média fumavam, há mais tempo, maior número de cigarros, enquanto o grupo controle havia parado de fumar e beber bebidas alcoólicas por mais tempo. O grupo caso também, em média, consumia álcool há mais tempo que o grupo controle. Apenas o início do consumo de álcool e tabaco ocorreu em média mais precocemente entre os controles que entre os casos (Tabela 2).

O consumo de tabaco por mais de vinte anos, o consumo de cigarros industrializados e o consumo de >50g/dia de álcool estão associados à maior chance de adoecimento, sendo maior nas variáveis relacionadas com o tabagismo em que essa chance é respectivamente 10,1 e 4,8 maiores. Já para o consumo de álcool a chance é 2,9 maior (Tabela 3).

No grupo dos doentes, os consumidores de vinte ou mais cigarros/dia adoeceram em média oito anos antes que os consumidores de menos de vinte cigarros/dia, enquanto a maior intensidade do alcoolismo não

influenciou na idade de adoecimento (Tabela 4).

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que o tabagismo constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento da forma crônica da paracoccidiodomicose. Quanto ao alcoolismo, há evidências que atue como um co-fator de risco, associado ao tabagismo.

Para explicar o mecanismo pelo qual o tabaco atua, poderíamos sugerir a ação das substâncias irritantes presentes na fumaça do tabaco e inaladas pelos fumantes, como a acroleína e seus derivados, com seus efeitos de irritação, inflamação, alergia, broncoconstrição, ciliostase até perda dos cílios, aumento da secreção de muco, alteração da atividade enzimática e imunitária dos macrófagos que levam ao desenvolvimento de inflamação brônquica crônica e destruição alveolar favorecendo o desenvolvimento de infecções respiratórias (ROSEMBERG, 1987). Além da conhecida proteção do hormônio feminino (YASUDA; RESTREPO, 1996), outra questão a ser levantada seria a de que a maior prevalência da forma crônica da doença no sexo masculino poderia estar relacionada com o fato de que a prevalência de tabagismo é maior no homem (INCA, 1997; BRASIL, 1998), já que, até a puberdade, não há diferença da incidência da doença entre os sexos (MARTINEZ, 1996) e também da prevalência da infecção, medida por meio de testes intradérmicos com paracoccidiodina (WANKE, 1976, RESTREPO, 1990).

Tendo em vista a dimensão e a gravidade da epidemia do tabagismo, é de grande relevância que novos estudos sejam realizados e que seus resultados sejam divulgados não só para a comunidade científica, mas também para a população em geral, pois parte do controle do tabagismo está na divulgação de novos conhecimentos sobre o assunto (PRABHAT; CHALOUPIKA, 2000). Também é de relevância um melhor conhecimento das conseqüências do consumo do tabaco na nossa população, dentro do contexto socioeconômico e cultural próprio. Por outro lado, o conhecimento dessa provável associação encontrada é mais uma ferramenta na prevenção e tratamento da paracoccidiodomicose, inclusive com o incentivo e oferta de tratamento específico para a dependência à nicotina aos pacientes com paracoccidiodomicose, além de ações educativas em saúde.

REFERÊNCIAS

BAGAGLI, E. et al. Isolation of paracoccidioides brasiliensis from armadillos (*Dasybus noveminctus*) captured in an endemic área of paracoccidioidomycosis. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 58, n. 4, p. 505-512, 1998.

BISINELLI, J. C. et al. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomycose. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 67, n. 5, set./out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1998. **Falando sobre tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 1998.

CALLE, D. et al. Paracoccidioidomycosis in Colombia: an ecological study. **Epidemiology and Infection**, v. 126, n. 2, p. 309-315, Apr. 2001.

CHAIÉB, J. A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 246-254, 1998.

DELNEGRO, G.; LACAZ, C. S.; FIORILLO, A. M. **Paracoccidioidomycose: Blastomicose sul-americana**. São Paulo: Ed. Sarvier-Edusp, 1982.

DEL NEGRO, G. Paracoccidioidomycose. II - Tratamento: noções práticas. **Jornal de Pneumologia**, v. 21, n. 1, p. 57-60, 1986.

DOLL, R. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. **British Medical Journal**, v. 21, n. 1, p. 57-60, 1986.

FAVA, S. di C.; FAVA NETTO, C. Epidemiologic surveys of histoplámin and paracoccidioidin sensitivity in Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 155-164, 1998.

FERREIRA, M. S. Blastomicose sul-americana (paracoccidioidomycose): imunopatogênese e patologia. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado**

de infectologia. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. p. 1083-1087.

FERREIRA, M. S. et al. Isolation and characterization of a paracoccidioides brasiliensis strain from a dogfood probably contaminated with soil in Uberlândia, Brazil. **Journal of Medical and Veterinary Mycology**, v. 28, n. 253, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA (Brasil). **Manual de orientação dia mundial sem tabaco.** Rio de Janeiro, 1997.

LEMLE, A.; WANKE, B.; MANDEL, M. B. Pulmonary localization of paracoccidioidomycosis: lung function studies before and after treatment. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 73-78, 1983.

MARTINEZ, R. Blastomicose sul-americana (paracoccidioidomycose): etioepidemiologia e ecologia. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia.** São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. p. 1081-1083.

MARTINEZ, R.; MOYA, M. J. Associação entre paracoccidioidomycose e alcoolismo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 12-16, 1992.

MENDES, R. P. Blastomicose Sul-americana (paracoccidioidomycose): quadro clínico. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia.** São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. p. 1087-1098.

MONTENEGRO, M. R.; FRANCO, M. Pathology. In: FRANCO, M.; LACAZ, A.; RESTREPO-MORENO, G. DEL NEGRO. **Paracoccidioidomycosis.** Boca Raton: CRC Press, 1994. p. 131-150.

MONTENEGRO, M. R. et al. Isolation of fungi from nature in region of Botucatu, state of São Paulo, Brazil, an endemic area of paracoccidioidomycosis. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 665-670, nov./dec. 1996.

MURRAY, H. W.; LITTMAN, M. L.; ROBERTS, R. B. Disseminated paracoccidioidomycosis (South American Blastomycosis) in the United States.

The American Journal of Medicine, n. 209-220, 1974.

OLIVEIRA, P. T. et al. Estudo de 54 casos de paracoccidioidomicose diagnosticados no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS. **Revista Médica da PUCRS**, v. 7, n. 4, p. 161-166, 1997.

PRABHAT, J.; CHALOUKKA, F. J. A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. Banco Mundial, 2000.

RESTREPO, A. M. The ecology of paracoccidioides brasiliensis: a puzzle still unsolved. **Sabouroudia: Journal of Medical and Veterinary Mycology**, n. 23, p. 323-334, 1985.

RESTREPO, A. M. Paracoccidioides brasiliensis. In: MANDEL, G. L.; DOUGLAS, R.G.; BENNET, J. E. **Principles and practice of infectious diseases**. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone Inc, 1990. p. 2028-2031.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo: sério problema de saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Ed. Almed, 1987.

ROSEMBERG, J. Tabagismo e tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 5, n. 2, p. 7-24, 1997.

SANT'ANNAG. D. et al. Laryngeal manifestations of paracoccidioidomycosis. **Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 125, n. 12, p. 1375-1378, 1999.

SUZUKI, I. et al. Risk factors for lung cancer in Rio de Janeiro, Brazil: a case-control study. **Lung Cancer**, Ireland, n. 11, p. 179-190, 1994.

VIEIRA, N. F. R. **Contribuição para o estudo da paracoccidioidomicose infecção no Estado do Espírito Santo**: provas intradérmicas à paracoccidioidina, histoplasmina e PPD. 1979. Dissertação (Mestrado)—Universidade Federal de Minas, Belo Horizonte, 1979.

WANKE, B. **Paracoccidioidomicose**: inquérito intradérmico com paracoccidioidina em zona urbana do município do Rio de Janeiro. 1976 Dissertação (Mestrado)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

WASHBURN, R. G.; BENNETT, J. E. Paracoccidioidomycosis case report: cure with amphotericin B and triple sulfa. **Journal of Medical and Veterinary Mycology**, n. 24, p. 235-237, 1986.

YASUDA, M. A. S. RESTREPO, A. M. Imunologia das micoses. VERONESI, R.; FOCACCIA, R. In: **Tratado de infectologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. p. 1058-1080.



A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESPÍRITO SANTO: SABERES E PRÁTICAS

Hélia Márcia Silva Mathias
Rita de Cássia Duarte Lima

SUBSÍDIOS PARA A DISCUSSÃO DO TEMA

A partir da Constituição Brasileira de 1988, fica definido claramente o papel do Estado na garantia dos direitos inalienáveis de promoção, proteção e recuperação da saúde e esse protagonismo deve ser exercido no âmbito do SUS. Define ainda o controle social, como forma de garantir que o cidadão seja, de fato, sujeito de seus direitos de cidadania, decisor do seu modo de “caminhar a vida” (CAMPOS, 1997) e agente de conquista de novos direitos.

O desafio que se apresenta para a efetivação do SUS como futuro é enfrentar a dicotomia e fragmentação das práticas atuais, tentando avançar para a possibilidade de descentralização e integração das práticas sanitárias no seu contexto. Somente dessa forma serão realizadas as mudanças necessárias e presentes no debate atual da Saúde Coletiva. Esse é um debate político que deve estar presente em todas as instâncias desse sistema, notadamente na Vigilância Sanitária.

Para dar conta dessa tarefa, é preciso desvendar o núcleo epistemológico que norteia a Vigilância Sanitária e o seu campo operativo, além de qualificar sua inserção na disputa de projetos e estratégias implementadoras do SUS. Ao discutir tais projetos e estratégias, depara-se com uma gama de propostas tentando encontrar formas de sair das armadilhas ideológicas. Destacam-se, por exemplo, as que se travam no debate entre a privatização e a estatização de setores da saúde, na formulação de políticas sociais sob a batuta do Fundo Monetário Internacional, ou até mesmo do mal disfarçado apego pela concentração de poder, praticado em vários setores da Saúde Pública e não menos em algumas instâncias da Vigilância Sanitária.

○ UNIVERSO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Dentro das propostas formais de práticas de Vigilância Sanitária

encontradas, inclusive decorrentes do aparato legal de que ela já dispõe, é possível compor um quadro das suas diversas facetas a partir das quais podem se destacar algumas dimensões inerentes à sua função de controle externo do modo de produção de bens e serviços de interesse à saúde. Eduardo (1998) relaciona as mais importantes para nortear a ação: a dimensão política, a ideológica, a tecnológica e a jurídica.

Em sua dimensão política se estabelecem os conflitos dos interesses em disputa. A análise dessa dimensão permite desvendar o grau de comprometimento institucional com cada um desses interesses e com os reais clientes do setor. Permite ainda desnudar outros compromissos de toda a esfera de poder, já que a Vigilância, em sua “práxis”, pode intervir no modo de produção econômico-social.

A partir do conceito de esfera pública discutido intensamente por Habermas (1984), é possível entender como essa esfera vem se transformando ao longo das sociedades capitalistas democráticas. Inicialmente, era um espaço teórico onde os diversos interesses presentes na sociedade se tornam públicos e esta publicidade visava a contestar a intromissão do Estado na atividade capitalista privada. Mas, ao estender-se para conter os interesses não burgueses, essa mesma publicidade permitiu contestar a exploração e a dominação realizadas pela própria burguesia, ampliando o âmbito democrático. Ou seja, a esfera pública pode ser o espaço de relacionamento entre Estado e Sociedade, onde os interesses antagonônicos das diversas classes sociais possam ser colocados, debatidos e a partir de onde se busquem soluções políticas.

A dimensão política da Vigilância Sanitária é ainda exacerbada no contexto atual da saúde pública, na “evolução” das formas de adoecimento da população e representação dos indivíduos sobre o processo saúde/doença. O verdadeiro desafio para o estudo dessa dimensão consiste em tentar estabelecer a Vigilância Sanitária como parte integrante das políticas de saúde que, por sua vez, devem ser encaradas como o provimento de bens e serviços necessários à prevenção, proteção e promoção da saúde. Entre esses, deve figurar o aparato da Vigilância como garantia da qualidade de vida e promotora de cidadania.

Se é uma política de saúde, como bem figura no texto constitucional, então é organizada no modelo do SUS, garantidas as diretrizes de descentralização, direção única por esfera de poder e participação social, entre outras. Dessa forma, várias ações decorrentes da missão da Vigilância Sanitária, como a ação educativa, poderão dar conta de traçar o caminho pelo qual o indivíduo se

reconheça nesse setor de saúde pública, com “status” de cidadão de fato mas assumi-las, oficialmente, depende de se ter assumido claramente a opção dentro da dimensão política, o que, ao final, trata-se da escolha e posicionamento da instituição quanto ao seu cliente.

Em sua dimensão política, a Vigilância Sanitária pode até mesmo denunciar as deficiências de todo um sistema, já que a atual ampliação de sua competência a coloca como uma prática capaz de intervir nos riscos à saúde, pois, não sendo eficaz, expõe irreversivelmente a população. Nessa dimensão, ainda se revela a sua visibilidade para a sociedade e aparece novamente a questão: qual é a importância que a população atribui às ações de Vigilância Sanitária ou, ainda, qual é o alcance que essa ação tem no cotidiano da população?

A visão dos trabalhadores em Vigilância Sanitária sobre a sua articulação com as demais práticas de saúde, bem como as questões relativas à sua formação e os contornos do seu perfil podem sofrer grandes influências do resultado obtido nas disputas de poder e, conseqüentemente, do compromisso institucional assumido a partir dele. Por fim, é também uma das formas como o Estado apresenta para a sociedade o seu projeto político como modelo technoassistencial e a forma como ele se efetiva (MERHY, 1992).

A simples observação da prática da Vigilância, voltada puramente para a ação cartorial e, às vezes, coercitiva, sem condições de oferecer os treinamentos e normatizações adequadas à velocidade de incorporação tecnológica do setor produtivo e a deficiência gerencial da maioria dos municípios, sem tradição de ações de controle sanitário e sem governabilidade política para intervir mostram a falta desse serviço essencial, ou pelo menos a falta de acesso da população a esse instrumento legítimo, teoricamente criado em sua defesa, em grande parte do território brasileiro. Nessa dimensão, portanto, é possível desvendar a relação Estado/Sociedade e os interesses em disputa, da qual resultam as práticas sanitárias de maneira geral e as práticas de Vigilância Sanitária, em particular.

Na dimensão ideológica, estabelecem-se os enfrentamentos com os vários atores sociais e, entre estes, os trabalhadores, clientes e seus variados graus de consciência e determina-se a forma de articulação entre eles. A questão que se coloca é exatamente descobrir qual é a ideologia que sustenta a Vigilância Sanitária em sua verdadeira missão ou mesmo até que ponto podem responder às necessidades da população.

Costa (1985) acredita que as práticas sanitárias vêm, desde a Primeira República Brasileira, carregadas de um voluntarismo e de uma premeditação em

que as medidas coercitivas adotadas pelos serviços de saúde fazem parte de estratégia de implantação da hegemonia das classes dominantes e como forma de desviar a resistência de certos setores da população, muito provavelmente presentes nas instituições médicas. Assim, o discurso da “Polícia Sanitária” teria também o poder de trazer a prática sanitária e social para o universo da ordem, disciplina e da hierarquia das classes sociais.

É aqui que entram em cena os diversos atores sociais que transitam em torno da Vigilância e a competência deles em implantar processos de acordo com seus interesses. Desvendar a dimensão ideológica significa pôr a nu os interesses em questão e as várias formas de disputa entre os distintos atores sociais, incluindo, assim, os trabalhadores.

Em se tomando por objeto de estudo a prática em Vigilância Sanitária, torna-se imperioso verificar os processos de disputas e a “contratualidade” que os atores instituem entre si (MERHY, 1997, p. 115). Para Habermas (1984), em determinadas circunstâncias, o consenso racional, obtido mediante discursos livres, não se realiza, ou seja, os consensos são viciados por coerções de cunho social e a ideologia é o consenso que se caracteriza pela oportunidade igualitária de os sujeitos colocarem suas falas. De sua teoria da ação comunicativa pode ser extraída a crença de que essa ideologia deve ser construída pela capacidade de aprendizado desenvolvido pelos sujeitos e pela capacidade de adquirirem competências comunicativas ao longo do desenvolvimento cognitivo.

Para Luz (1979), essa disputa não é capaz de desorganizar a instituição ou, como nesse caso, apenas um setor dessa instituição; ao contrário, mantém-na viva e assegura sua reprodução. De forma semelhante, Merhy (1997, p. 122) destaca a capacidade dos sujeitos em produzir tecnologia de trabalho. Para esse autor, a tecnologia não estruturada, que ele denomina “tecnologia leve”, é produto da criatividade dos trabalhadores e sobre a qual eles têm grande governabilidade, ou “autogoverno”. O território da “tecnologia leve” é o trabalho vivo em ato e por isso ela é também produtora das relações no processo de gestão, decorrendo daí sua grande capacidade transformadora, tanto quanto a tão sonhada vontade política. O autor destaca ainda a “tecnologia leve-dura”, presente nos saberes e conhecimentos técnicos bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, igualmente importante na produção das relações.

Sendo assim, a dimensão ideológica deve ser verificada mais do ponto de vista dos atores sociais no interior ou fora das instituições envolvidas no setor,

do que de sua missão, constituição legal ou tecnológica. A tecnologia, nesse caso, é de fato o aparato técnico, composto de equipamentos e normas, ou seja, “tecnologia dura” (MERHY, 1997, p. 122), de que deve dispor a Vigilância Sanitária.

Faz-se necessário, portanto, desvendar as formas de desenvolvimento do trabalho em Vigilância Sanitária, que têm se mostrado dificultadoras da apropriação, por parte dos trabalhadores, de todo o seu potencial comunicativo e de autogoverno. No campo de trabalho da Vigilância Sanitária, implanta-se fortemente a simbiose entre os interesses privados e a ineficiência estatal, decorrendo daí a grande dificuldade de seus trabalhadores em estabelecer uma relação e um diálogo com os formuladores e, então, utilizarem-se da sua “tecnologia leve” para a transformação do setor.

Assim, como adverte Lima (1998), o estudo da dimensão do trabalho no setor saúde deve levar em conta a capacidade desse trabalho em causar impactos e em contaminar positiva e simultaneamente as pessoas, as estruturas e as relações. Essa seria a forma pela qual uma prática produziria as mudanças a que se propõe.

Por outro lado, a análise da dimensão tecnológica demonstra a grande necessidade do suporte de conhecimento científico, métodos e técnicas para sua estruturação. Entretanto, nessa área, também deve se efetivar a articulação dos setores de saúde a fim de vencer os obstáculos tecnológicos, dar resposta aos problemas sanitários advindos do processo produtivo e servir de base de consulta para produtores e prestadores de serviço, como forma de evitar o risco.

O aparato técnico ou “tecnologia dura”, cuidadosamente demonstrado por Merhy (1997), inclui não apenas o conjunto de máquinas e equipamentos necessários à ação, mas também um conjunto de instrumentos utilizados no trabalho. Particularmente em Vigilância Sanitária, esse equipamento pode ainda ser entendido como outras instituições e parceiros que dominem alguma tecnologia específica, dada a complexidade e diversidade da ação. Aqui ainda podem ser introduzidas as normas, leis e regulamentos que constituem os imprescindíveis equipamentos/instrumentos de trabalho.

A dimensão jurídica confere à Vigilância Sanitária prerrogativas, como o papel de polícia e sua função normatizadora, que a diferencia das demais práticas sanitárias. É nessa dimensão que se tem concentrado a maioria dos estudos em torno da Vigilância, até mesmo em função da necessidade de se estar muito bem preparado para enfrentar as contestações inevitáveis, sob pena

de comprometer publicamente a reputação do setor que, por si só, ainda não se comunica com a maior parcela da população.

A partir de 1990, a dimensão jurídica ganhou ainda uma força suplementar. Esta provém da criação e implementação do Código de Defesa do Consumidor, que acabou por interferir positivamente em vários aspectos das dimensões citadas, até mesmo na ideológica, já que, por meio dele, de forma mesmo que indireta e timidamente, a vigilância se fez presente no seio da sociedade.

Em vista disso, também são verificadas aqui as constantes buscas, principalmente por parte dos trabalhadores, por mecanismos capazes de assegurar o cumprimento da Lei, tendo, portanto, essa dimensão assumido o papel mais importante e que confere poder à Vigilância. É ainda nessa dimensão que se destaca a prepotência do setor que, dotado de grande poder, se torna também extremamente exposto.

As dimensões política e ideológica são as que dão suporte ao consumidor, conferindo cidadania. As dimensões jurídica e tecnológica são o modelo e o instrumento para que isso se concretize. Embora todas as dimensões anteriormente colocadas permitam esclarecer a abrangência das ações de Vigilância Sanitária, este estudo enfoca prioritariamente as dimensões política e ideológica, por estarem nelas contidos os riscos da dependência da vontade política para acontecer efetivamente e identificá-la como setor preferencial de intervenção e ingerência política em determinadas situações.

A análise das dimensões política e ideológica de setores, como a Vigilância Sanitária, pode assumir características de relevância, incluindo uma abordagem que permita esclarecer os sujeitos, os âmbitos da prática e, por que não, revelar modalidades de participação dos diversos atores e o papel que representam nesse contexto (CHAUL, 1995).

A CONSTITUIÇÃO E A PRÁTICA DOS SUJEITOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sendo o Estado agente econômico e político, vinculado a um modo de produção capitalista internacional, devendo, portanto, responder tanto às necessidades do processo de acumulação quanto ao processo de legitimação da hegemonia das classes dominantes, serão os trabalhadores, seus processos de formação e de trabalho, bem como as instituições os “locus” a serem utilizados para esse papel. Merhy (1997), em suas discussões sobre o

trabalho, afirma que, ainda que os projetos políticos sejam diferentes em cada classe, são sempre considerados em conjunto, quando têm, como garantia da dominação, a garantia da força de trabalho e, como palco, as instituições.

A partir das teorias explicativas para o processo de trabalho como categoria analítica, é possível verificar a tentativa de um convívio entre os autores para entender o trabalho como uma atividade humana de grande importância, pela qual o homem interage e transforma a natureza. Mas é com Weber que se incorporam os conceitos de autoridade e carisma, como crença no caráter exemplar e nas ordens reveladas ou criadas, ordem vinculada ao líder. Ao estruturar a autoridade carismática, então é necessária a defesa das instituições, como sustentadora da dominação e do modo capitalista, pela burocracia.

Dessa forma, a administração burocrática se pauta em algumas regras que, por fim, darão o tom do processo de trabalho no mundo capitalista. Um deles é a maximização da técnica, forma mais racional de dominação, com tendência ao nivelamento, pelo recrutamento universal dos mais qualificados, e ao processo externo de qualificação— a plutocratização (NUNES, 1999).

No caso brasileiro e, tomando-se por empréstimo, as considerações de Nunes (1999), o insulamento burocrático foi uma das formas pelas quais as elites modernizantes tecnoburocráticas e empresariais promoveram o desenvolvimento. No processo de adoção do capitalismo moderno, o Brasil criou muitas instituições novas e em um mesmo curto período de tempo. O processo de construção institucional em meio a mudanças econômicas e sociais e principalmente a construção dessas instituições no setor saúde requerem um arcabouço interpretativo para compreender o seu processo de trabalho e seus trabalhadores.

Para Lima (1998), com o incremento do capitalismo, constitui-se uma organização administrativa do processo produtivo a partir da lógica da gerência científica que ainda hoje repercute no cotidiano das instituições. Segundo a autora, a organização do trabalho, pautada na tríade taylorista do controle, da hierarquia e da disciplina, transformou o trabalho em espaço de alienação, dificultando a interação e o interesse pelo coletivo. A baixa interação entre o trabalhador e o sistema produtivo acabou por gerar uma fragmentação do trabalho, desconsiderando que o trabalhador, por si só, constitui-se e é parte de todo o sistema.

Essa lógica ainda está presente em diferentes processos de trabalho, em especial na área da saúde, em que pesem suas distintas instituições e formas particulares de organização. Desse modo, os autores que vêm discutindo o

trabalho no setor chamam a atenção para a constituição das profissões e as atitudes que reproduzem tal lógica. À medida que a conjuntura sanitária exige, vão sendo incorporados novos sujeitos distintos entre si, conforme sejam seus instrumentos e objetos de trabalho, o modo de organização da produção e as relações que o conjunto de suas práticas guarda com o conjunto das demais práticas sociais. Conforme Gonçalves (1991), há, nesse ambiente, um permanente movimento no qual aparecem novos trabalhos e outros são superados e uma emergência de novos trabalhadores e a transformação de outros

[...] para conhecermos melhor este processo, é importante percebê-lo a partir de processos históricos de estruturação e reestruturação dos modos como se organiza o trabalho em saúde, conceituado como modelos tecnológicos de atenção (GONÇALVES, 1991, p. 99).

Outro autor que comunga idéia semelhante é Sader (1995), quando afirma que sujeitos constituem matrizes discursivas e que novas matrizes discursivas caracterizam novos sujeitos. Sendo o trabalho em saúde composto por atividades de consumo coletivo, fica sujeito às forças de mercado e sempre busca novas formas de organização do trabalho, bem como qualificação e requalificação dos profissionais.

Gondim (2001) destaca, como singularidades do trabalho no setor Vigilância Sanitária, a sua complexidade, diversidade de profissionais envolvidos, múltiplas tecnologias e a proximidade dos contatos sociais. Outra característica, segundo a mesma autora, é a fragmentação, devido à hierarquia funcional que valoriza o trabalho em função da escolaridade e qualificação profissional. Destaca ainda a sua heterogeneidade, devido à diferenciação dos processos de trabalho no interior das instituições de saúde, mesmo que atendam a demandas semelhantes.

Desde o Movimento de Reforma Sanitária, que buscou capitalizar um conjunto de propostas progressistas para a organização do setor saúde, é possível perceber uma maior preocupação com a formação dos recursos humanos como elemento essencial para a consolidação dessas propostas. Um dos passos considerados como cruciais para o desenvolvimento dos processos de formação é a possibilidade de tornar os trabalhadores sujeitos do processo, capazes de participar dos processos de disputas de interesses com os demais sujeitos. É nesse sentido que Merhy (1997, p. 94) chama a atenção para

as estratégias organizacionais capazes de “capturar” o “trabalho vivo em ato”, de forma a permitir o “autogoverno”.

Essa é uma discussão atual que vem sendo travada por importantes autores, principalmente aqueles intelectuais da reforma, com os quais reconhecidamente se deu início a essa reflexão. Assim, tomando-se como interlocutores os debates desenvolvidos nas obras de autores como Merhy (1992 e 1997), Campos (1997), Schreiber e Peduzzi (1993), Lucchesi (1992 e 1995), Lima (1998) e Testa (1992 e 1995), é possível discutir o modo como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho nas distintas instituições de saúde que, no contexto do SUS, devem estar essencialmente comprometidas com a defesa da vida individual e coletiva.

Merhy (1997) afirma que a relação entre a estrutura dos processos de trabalho e a formação dos sujeitos para a atuação é um dos grandes nós críticos que vêm inviabilizando as propostas concebidas para a mudança do atual modelo tecnoassistencial, não comprometido até então com a saúde dos cidadãos.

Tais autores desenvolvem apostas no sentido de que a tarefa da mudança pode ser bem-sucedida por meio da potencialidade do conjunto dos trabalhadores que, nesse sentido, devem promover as verdadeiras mudanças no cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior das instituições. As questões relativas à participação e controle social, publicização do sistema e coletivização da gestão fazem parte das ferramentas que os autores propõem para o sucesso dessa aposta.

Neste caminho, [...] trabalhadores e os usuários do serviço produzem-se mutuamente, como uma ‘máquina’ permanente de produções de ‘subjetividades’, de modos de sentir, de representar e de vivenciar as necessidades, na busca de um tempo perdido por nós, ‘reformadores’ de modelos de atenção à saúde (MERHY, 1997, p. 72).

Lucchesi (1995) observa, guardando as devidas diferenças contextuais, que, no Brasil, os “locus” escolhidos pelos sanitistas em busca de mudanças são as instituições, aqui notadamente as do Poder Executivo, concordando com Merhy sobre a escolha desses espaços para a legitimação da hegemonia. Quanto a essa tentativa, Lucchesi (1995) ainda aponta a instalação dos dirigentes do poder econômico ao se instituírem em privilegiados interlocutores com o executivo (neocorporativismo, lobbies, anéis burocráticos, etc.).

No entanto, os processos de mudança nas lógicas do setor saúde devem ser organizados de forma a viabilizar ações coletivas concretas que sejam capazes de investir em pessoas, estruturas e nas relações entre elas, intervindo então na instituição e nos seus objetos (LIMA 1998). Esta e os demais autores citados transitam neste importante nó crítico para a construção do processo de trabalho em busca da mudança: a relação da formação com a capacidade de produzir o autogoverno ou, ainda, a “tecnologia leve-dura” como construtora da “tecnologia leve”.

A aposta em novas estratégias, por exemplo, a da Saúde da Família, é de que é possível fazer uma parceria com outros setores sociais envolvidos na efetivação do SUS. No entanto, nem sempre se observa a adesão de tais setores e nem mesmo a inserção dessa aposta na pauta de discussões e planejamento desses setores. Novas necessidades e demandas às práticas de saúde, decorrentes da dinâmica das populações e traduzidas nos princípios da universalização, da equidade e da descentralização dos serviços no SUS, não resultaram em mudanças qualitativas na formação de recursos humanos para a saúde (CORDEIRO, 2000).

No caso da Vigilância Sanitária, o que se pode observar é que seus trabalhadores, de modo geral, não têm acesso a um processo específico de capacitação, e os cursos de graduação da área da saúde não têm privilegiado essa discussão em seus currículos. Esforços de formação direcionados para a área da Vigilância Sanitária são recentes.

Para atender às atuais exigências dos cuidados à saúde e preparar-se para o mercado de trabalho futuro, o trabalhador de saúde precisa ser capaz de identificar e diagnosticar situações novas, de auto-organizar-se, tomar decisões e ser criativo em frente às incertezas, interferir no processo de trabalho de forma propositiva, trabalhar em equipe multiprofissional, efetivar pactos e negociações e, por fim, solucionar problemas que mudam constantemente, no espaço cotidiano do trabalho e da vida (GONDIM, 2001).

Nessa perspectiva, o trabalho da Vigilância Sanitária está amparado por um tripé de competências que qualificam as práticas desse campo: conhecimento técnico, responsabilidade pública e compromisso ético. Qualquer trabalhador inserido em seu processo de trabalho deverá compreender as mudanças ocorridas nos últimos anos, nas estruturas de sustentação do mundo do trabalho e seus reflexos atuais na organização e operacionalidade dos serviços e ações de Vigilância Sanitária.

É importante verificar a ampliação da abrangência da atuação da Vigilância

Sanitária em função do aumento do campo que se qualifica como de interesses difusos, que dizem respeito à sociedade de massa cujo foco é a coletividade. Esses interesses estão circunscritos a temas e áreas de largo espectro social, como ecologia, qualidade de vida, defesa do consumidor, direitos humanos e etnias, o que exige diferenciais de formação dos profissionais da área.

A partir dessa ampliação, discutir a temática relativa aos recursos humanos significa discutir núcleos e campos de competências que emergem das diferentes práticas e que dão sustentação ao trabalho em saúde e ao modelo assistencial, do qual a Vigilância Sanitária é parte.

Para Costa e Rosenfeld (2000), a Vigilância Sanitária, entendida como ação de saúde pública e instância de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da população, traz embutida uma complexidade conceitual e técnica que vai requerer no seu trabalho um enfoque interdisciplinar e um fazer intersetorial. A natureza multifacetada de suas ações de caráter eminentemente preventivo perpassa todas as práticas sanitárias componentes do SUS: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Os saberes e práticas que lhes dão sustentação estão situados na convergência de várias disciplinas e áreas do conhecimento humano.

Dentre as iniciativas de formação específica de Vigilância Sanitária, destacam-se o Curso de Atualização em Vigilância Sanitária de Alimentos (CAVISA), promovido pelo Ministério da Saúde e que formou apenas duas turmas. Foi seguido, em 1990, por um projeto da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que realizou dois cursos a título de pós-graduação “lato sensu” e vem inserindo módulos de Vigilância Sanitária em outros cursos, em algumas instituições de saúde pública do País. Destaca-se ainda a iniciativa da Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG), da Fundação Esequiel Dias (FUNED), que já realizou alguns cursos também em nível de especialização. No início do ano 2000, o setor de Educação a Distância da ENSP inseriu, no seu rol de ofertas, o Curso de Aperfeiçoamento a Distância em Vigilância Sanitária, com um novo projeto pedagógico e grande potencial para atender a grande número de interessados ao mesmo tempo (ROSENFELD, 2000).

Outra iniciativa recente foi a realização de Oficina de Trabalho sobre formação de recursos humanos para a Vigilância Sanitária, durante o VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, agosto de 2000, em cujo Termo de Referência (COSTA; SOUTO, 2000) as autoras discutem postulações que levam à necessidade de um (re)pensar específico sobre o

tema.

Diante das metas recentemente assumidas pelo Ministério da Saúde para dar concretude à reformulação do modelo assistencial, torna-se urgente uma profunda reordenação no desenvolvimento dos recursos humanos, articulando, como nunca se fez, o ensino e o serviço (CORDEIRO, 2000) e esta deve ser abrangente a ponto de atingir quaisquer práticas. A estruturação de um novo paradigma para o setor saúde impõe repensar novos conceitos e práticas e, conseqüentemente, novos sujeitos, com nova capacitação.

A necessidade de se implantar ações que possam intervir nos processos sociais, não centradas no trabalho médico e suas tecnologias, como forma de alcançar, de fato, a desacumulação de saúde, como afirmam Merhy e Franco (1999), exige mais que uma estratégia. Mesmo as ações pautadas na Estratégia Saúde da Família, estimulada e assumida pelo próprio Ministério da Saúde, ainda não alcançaram os possíveis interlocutores dentro do próprio Sistema de Saúde e, assim, está longe de se articular com a Vigilância Sanitária.

Campos (2000) defende algumas estratégias das quais os trabalhadores em saúde devem se valer para que consigam enfrentar as adversidades entre sua formação e as necessidades, comumente pautadas na lógica mercadológica. Sugere que, a partir da subjetividade, motivação e criatividade, atinja-se a concretização dos sujeitos que formam espaços coletivos e, por meio da co-gestão, cumprem sua função de alterar as relações de poder e constituem a democracia nas instituições. Para o autor, a co-gestão influi, por sua vez, sobre a produção de subjetividade, motivação e criatividade.

A falta de uma interlocução com centros formadores para o SUS tem deixado a Vigilância Sanitária de fora da instrumentalização oferecida aos agentes das novas estratégias. Resta uma discussão em torno das responsabilidades dos atores e do modo de operar a interdisciplinaridade que se faz cada vez mais presente, como forma de viabilizar sua inserção no contexto das mudanças e a execução de seu verdadeiro papel.

Cabe destacar que o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) assumiu, como bandeira de lutas, a necessidade de estimular a formação dos recursos humanos para a Vigilância Sanitária e que esta é componente fundamental de efetivação do SUS (CONASS, 1997, ANEXO D).

Como já discutido, a Vigilância Sanitária no Brasil desenvolveu, ao longo do tempo, um modelo de intervenção nas relações produção-consumo que se caracterizou pela predominância do exercício do poder de polícia, prerrogativa

essencial e intransferível do Estado, com ação concentrada em fiscalizar e punir. Esse reducionismo das ações concretas, em contraposição à amplitude das ações definidas legalmente, tem diminuído a visibilidade do campo diante da sociedade, do Poder Público e mesmo dos profissionais de saúde.

Por esse motivo, o grau de complexidade em que se situa o processo de trabalho em saúde e, em especial, o da Vigilância Sanitária no interior das transformações em curso no mundo do trabalho, aponta a necessidade de redefinição dos atuais perfis dos agentes dos serviços de saúde para que ofereçam a esses trabalhadores oportunidade de criação de uma identidade profissional dentro do SUS.

Tais questões trazem à reflexão novas abordagens na formação e no trabalho em saúde, em especial para a Vigilância Sanitária, pelo papel mediador entre a produção de bens e serviços e a saúde da população, o que requer de sua força de trabalho desenvolver competências técnicas, comunicativas, de gestão, sociais, cognitivas e políticas que vão da reflexão sobre o mundo do trabalho àquelas que demandam articulação entre informação-decisão-ação.

Somando-se a esse desafio, o surgimento de entidades e órgãos de defesa do consumidor forçou o Estado a fortalecer as funções de Vigilância Sanitária em nível federal, estadual e municipal e vem contribuindo para a ampliação das discussões acerca dessas questões, de alguma forma propiciando um maior conhecimento e aproximação da área aos diversos atores do SUS.

O trabalho no campo da saúde mobiliza certos conhecimentos, saberes e competências que constroem, no setor, uma certa identidade. Entretanto, sendo a saúde ideologizada, opera signos poderosos, como os de vida e morte, e dessa forma o campo vai perdendo essa identidade. A questão que se apresenta é, então: como construir ferramentas capazes de mostrar os ruídos que permitam perceber os problemas e, conseqüentemente, categorizá-los ou não no campo da saúde? Como processar a intersetorialidade nas práticas, de modo a intervir em campos que, mesmo fora dos temas da saúde, necessitam de práticas de saúde para suas necessárias mudanças?

A adoção do conceito ampliado de saúde requer deslocamento do objeto da atenção, saindo da sempre propalada doença para as condições gerais de vida das populações, constituindo-se também em um desafio para as estruturas das práticas sanitárias no interior do SUS, em decorrência da nova abrangência dos seus campos de atuação e da complexidade dos problemas.

Para Lima (1998), concordando com alguns autores da temática do trabalho em saúde e da formação dos trabalhadores, é fundamental entender

muitas das dimensões, num mundo de mudanças, inclusive dos processos produtivos, além das dimensões presentes nas relações de exploração e dos enfrentamentos entre capital/trabalho.

OS DESAFIOS ATUAIS

Em frente à situação atual da área da Saúde Pública, segue aberto um importante debate sobre os modelos teóricos e as opções estratégicas que devem sustentar as reformas. Para dar conta das indagações aqui colocadas, pretende-se estudar a Vigilância Sanitária a partir de seus saberes e de sua prática cotidiana, tendo como horizonte o processo de mudanças que vem se operando no interior do Sistema Único de Saúde.

As atribuições delegadas à Vigilância Sanitária no texto constitucional de 1988 foram assimiladas, ao longo da década, pelo conjunto de estados e municípios e, sistematicamente, conformaram-se em espaços de identidade próprios desse setor. A Lei Orgânica do SUS (Lei no. 8.080/90) identifica a Vigilância Sanitária como o campo da Saúde Pública que realiza ações capazes de prevenir, diminuir ou eliminar riscos à saúde. Seus campos de atuação se estruturam a partir dos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, da prestação de serviços, do ambiente de trabalho e das intervenções sobre o meio ambiente objetivando a proteção da saúde da população, bem como das suas condições de reprodução e existência. Ainda são de competência da Vigilância Sanitária as ações de vigilância à saúde do trabalhador que têm por finalidade garantir ambientes e processos de trabalho saudáveis.

O processo em curso de gestão descentralizada tornou evidente um conjunto de problemas/obstáculos em relação a questões críticas para a consolidação do Sistema Único de Saúde. É possível destacar o baixo consenso nos debates entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre as experiências concretas de gestão e de análise da descentralização. Soma-se a esse cenário a singular complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, pela qual os três níveis de Governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Essa característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde.

Os Estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e

será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um Estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Mesmo com todo o impulso dado pelas Normas Operacionais Básicas, as NOBs/93 e 96, que regulamentam o nível básico da assistência no seu processo de descentralização, como também a Norma Operacional da Assistência, a NOAS/2001, incluindo a organização dos níveis secundário e terciário, para a efetivação de Sistemas Locais de Vigilância Sanitária nos municípios, algumas questões bastante polêmicas continuam pendentes. O conceito e a abrangência do campo, o objeto central do trabalho, a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, quais e como descentralizar ações para os municípios, o estabelecimento de indicadores, a formação e a vinculação dos trabalhadores do setor e a criação de um sistema de informações para a Vigilância Sanitária são todas questões extremamente relevantes para o cumprimento não somente dos ditames constitucionais, mas, principalmente, do seu papel institucional.

Para alguns especialistas, a estruturação desse campo ocorre a partir de dois eixos fundamentais de atuação: um referente às políticas de saúde nas quais se estabelece a função reguladora de lei, de normatização; e o outro relativo ao enfoque de risco com o qual se desloca o olhar sobre o agravo para os fatores que o condicionam e o determinam.

O planejamento e a execução das ações de Vigilância Sanitária devem expressar a priorização de intervenções baseadas no risco à saúde, que ameaça a qualidade de vida do homem e a salubridade do ambiente. Portanto, há necessidade de se apropriar de conhecimentos técnico-científicos, incorporá-los às práticas sanitárias cotidianas dos serviços, na perspectiva de construção de um novo modelo de atenção à saúde.

PROCESSO METODOLÓGICO

Considerando que o objeto deste trabalho está inserido na complexidade das ciências sociais, torna-se necessário explicitar que o conceito de “social” aqui adotado, emprestado de Testa (1992), é o que está exatamente no centro da polêmica da separabilidade. Para esse autor, a sociedade não tem limite que a separe de tudo o mais, porque não há o mais. Por fim, as ciências

sociais não podem descontextualizar seu objeto de trabalho.

Nesse sentido, a opção pela metodologia de pesquisa qualitativa nesses tipos de investigações se justifica pela natureza inacabada e em permanente transformação do objeto das ciências sociais, na tentativa de incorporar o alto grau de abstração (GONÇALVES, 1994).

O campo da pesquisa deste estudo é uma fração de uma instituição responsável pela produção das ações de saúde contidas no objeto, a partir da qual é realizado um estudo de um caso. Utiliza-se, como fundamento, o conceito de Triviños (1992) para o estudo de caso, entendendo-o como uma categoria de pesquisa em que o objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente, sendo possível explorar a evolução e as relações estruturais fundamentais.

Dessa forma, o cenário é o setor responsável pelas ações de Vigilância Sanitária na esfera estadual de poder, no caso, o Estado do Espírito Santo, cujo gestor foi consultado e concordou com a solicitação feita para a realização da pesquisa e utilização dos dados obtidos (ANEXO A). Em se tratando do Sistema Único de Saúde, a gestão desse poder no nível estadual está entregue única e exclusivamente à Secretaria de Estado da Saúde. Essa Secretaria conta com as atividades geridas pelo Instituto Estadual de Saúde Pública, que passa a executar variadas ações, entre elas, as de Vigilância Sanitária.

Para o estudo do presente objeto, dada a sua complexidade, busca-se apreender a inserção da Vigilância Sanitária no SUS no contexto do Estado do Espírito Santo e a atuação dos seus protagonistas na produção do trabalho em Vigilância Sanitária.

Os instrumentos de coleta de dados foram escolhidos de forma a oferecer informações oriundas da memória institucional e não institucional de forma a produzirem os elementos interrogadores e ajudarem a desvendar as operações e as relações no interior da instituição e, conseqüentemente, a sua potência e a impotência. A memória institucional será coletada por uma pesquisa documental e a não institucional, por meio da entrevista.

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

A partir da Constituição de 1988, a Vigilância Sanitária ganhou lugar de destaque como estratégia de proteção e defesa da vida. No entanto, esse reconhecimento não foi suficiente para mudar a prática cartorial instalada no seu interior, ao sabor dos interesses do poder hegemônico. A Vigilância

Sanitária Nacional foi crescendo desorganizadamente, a partir de sua criação, repassando o modelo às instâncias estaduais.

Assim, o setor Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, que já herdara tarefas do Setor de Fiscalização do Exercício Profissional, precursor do setor de Vigilância Sanitária no nível federal de gestão, também evoluiu assumindo outras ações, no entanto, ainda com características cartoriais e por longo período sem autonomia.

A Constituição Estadual reforçou o papel admitido à Vigilância, como um dos mais importantes setores para a construção da qualidade de vida do povo capixaba. Na Lei no. 4.317, de 4 de janeiro de 1990, que define o modelo assistencial no Estado, a Vigilância Sanitária tem seu lugar de destaque e é definitivamente incorporada ao organograma do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), como um setor do nível de Divisão da Coordenadoria de Epidemiologia. Esta inserida na Superintendência de Planejamento, Epidemiologia e Informação.

A falta de um sistema integrado de Vigilância fez com que os Estados buscassem suas próprias formas de organização, restando ao Estado do Espírito Santo adequar-se às condições políticas, técnicas e de formação de recursos humanos características do modelo gestão do Sistema Estadual assumido após a Constituição de 1988. A descentralização, que integra os itens de ferramentas para a construção do citado sistema, já preconizada na legislação federal, estadual e na formulação do modelo assistencial para o Estado, encontra sérias dificuldades em sua efetivação, como o despreparo técnico dos municípios ou mesmo o apego, por parte da esfera estadual, ao poder conferido pelas prerrogativas da Vigilância Sanitária.

Nessa esfera estadual, de forma talvez não muito diferente das demais, vive-se uma crise de identidade entre a dimensão formuladora e a executora de políticas de saúde, que dificulta, em muito, a implantação do conjunto das ações da Vigilância Sanitária nesse contexto. Assim, este é um dos setores mais defasados da saúde pública, carecendo até mesmo de discussão no interior da Instituição para definir seu papel como política pública de defesa da vida e de cidadania, como também para a definir o perfil dos seus trabalhadores e como eles se inserem nessa atividade.

A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SUS: O CASO DO ESPÍRITO SANTO

As modificações ocorridas no enfoque conceitual da doença, cujo referencial é a determinação social do processo saúde/doença, juntamente

com a ampliação da abrangência do campo de atuação da Vigilância Sanitária, não foram suficientes para modificar sua postura ao longo dos anos. Ela parece continuar privilegiando sua ação cartorial, voltada para o seu interior, baseada no Poder de Polícia. Os processos organizacionais de que se utilizou a construção do setor de Vigilância Sanitária no Estado do Espírito Santo não permitiram o seu engajamento como parte integrante das políticas de saúde do Estado (Lei no. 4.317/90).

A visão dos trabalhadores de Vigilância Sanitária do Espírito Santo, a respeito da sua articulação com as demais práticas de saúde, bem como das questões relativas à sua formação e aos contornos do seu perfil, parece sofrer grandes influências do resultado obtido nas disputas de poder e, conseqüentemente, do compromisso institucional assumido a partir desse resultado. Segundo Merhy (1992), essa é uma das formas como o Estado apresenta para a sociedade o seu projeto político como modelo tecnoassistencial e a forma como ele se efetiva.

Assim, os depoimentos dos servidores da Divisão de Vigilância Sanitária/ES podem ser interpretados por referência à situação de trabalho em que estão inseridos e por referência ao contexto dos processos de trabalho. Nesta análise, torna-se imperioso verificar os processos em disputa em que, ao mesmo tempo em que a gestão desse setor se dá por meio de um conjunto de ações de Governo, com a finalidade de manter a funcionalidade das partes com o todo, observa-se a utilização de ferramentas que se apresentam de acordo com o resultado de tais disputas. Essas ferramentas podem ser de distintos agentes institucionais, com perspectivas de ações nem sempre comuns, sejam do poder econômico, sejam do usuário da Vigilância Sanitária, sejam dos próprios trabalhadores. Do resultado desses enfrentamentos, verifica-se a execução ou não dessa funcionalidade.

Ao se referirem ao modo de inserção da Vigilância Sanitária no SUS, todos os entrevistados relatam situações em que as características próprias da Vigilância a distanciam dos demais setores da prática sanitária, pelo desconhecimento dos demais atores da Saúde Pública, pelo não incentivo ou, ainda, pelo desconhecimento dos gestores de Saúde que tenham passado por este Estado. Às vezes esse distanciamento é também por iniciativa dos próprios trabalhadores do setor, como forma de defesa desse segmento pouco reconhecido.

Essa situação paradoxal fica clara, ao se destacarem as características próprias da Vigilância Sanitária em que o Poder de Polícia, por um lado,

confere-lhe poder e “contratualidade” – governabilidade; por outro, a diferencia das demais práticas sanitárias e a mantém isolada dentro do SUS, em função das condições que são oferecidas para sua execução.

Autores como Luz (1979), Costa (1993) e Merhy (1997) esclarecem que, no Brasil, como em toda a América Latina, as instituições de saúde são gradativamente vinculadas ao capitalismo, desde seu surgimento, passando a atender às necessidades capitalistas de produção, com seus contornos político-ideológicos. Um exemplo dessa vinculação é o investimento feito em saneamento dos portos e dos espaços urbanos em função das atividades de sustentação do poder econômico com as estruturas de poder de Estado, a partir da Primeira República, independente das necessidades sanitárias da população. As instituições de abrangência nacional, criadas como órgãos consultivos e normativos, assumem funções executivas e burocráticas.

Essa relação continua nos mesmos contornos, passando inclusive para a década de 70, período importante para a construção da Vigilância Sanitária em sua unidade nacional, quando se depara com um maciço investimento dos recursos do setor saúde e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), para a modernização e ampliação da capacidade instalada do setor privado, obviamente centrada no modelo médico-assistencialista de intervenção em saúde. Esses investimentos se chocam frontalmente com os interesses que deveriam ser da Vigilância Sanitária.

Se acordo com Souto (1996), desde 1964, com o Estado capitalista brasileiro tornando-se mais expansivo e burocrático, propiciava-se a elaboração de políticas de saúde que se adequassem ao modelo de intervenção estatal e o aparecimento de políticas de Vigilância Sanitária centralizadas e autoritárias. Ou seja, no plano nacional, o Estado passava a ser o ator social mais importante na elaboração de políticas de Vigilância Sanitária, com uma concepção burocrática autoritária.

Na análise dos documentos que explicitam a criação do setor de Vigilância Sanitária no Espírito Santo (Lei n.º 4.317/90 e Dec. n.º 3.011-N/90), ainda que posteriores à Constituição vigente, verifica-se a reprodução dessas características. Para os trabalhadores, essa relação é clara, sem distinguir, no entanto, a proposta institucional embutida:

Mas acho que são duas coisas... Tanto a Vigilância Sanitária que acha que não está dentro do SUS e os outros setores não acham que a Vigilância Sanitária está dentro. (E2)

A Vigilância Sanitária já é isolada por questões políticas. Não há interesse político nenhum de que a Vigilância cresça e apareça. Isto é um lado. O outro lado é que, a partir do momento em que ela passou a ter uma independência financeira, ela se isolou também. (E3)

O problema não é ter Poder de Polícia. O problema é a forma como se faz [...]. O Estado tem interesses outros, que não o da população, que nos dá a procuração do Poder de Polícia. (E7)

Parece que não há integração [da Vigilância Sanitária com os outros setores do SUS] porque a Vigilância Sanitária não quer. A integração não é responsabilidade só da Vigilância. (E3)

A ferramenta desse ator é a legislação, tanto federal quanto estadual. No entanto, como afirma Souto (1996), esses atos normativos inerentes ao setor nunca foram desenvolvidos de forma a ameaçar a estrutura capitalista e a ordem burocrática. Assim, tais ferramentas sempre foram construídas beneficiando empresas privadas, o que dificulta sua aplicação.

Ocorre que, por não ter uma construção clara e, conseqüentemente, sem uma proposta política que propicie o verdadeiro exercício dos profissionais, essa ferramenta é comprometida com mecanismos ideológicos que não enfrentam o poder hegemônico.

É por esse motivo que se observa o contra-senso, ao se perguntar aos trabalhadores da Vigilância Sanitária como a Instituição SESA encara esse setor. Assim eles se expressam:

A legislação, por exemplo, da água mineral, até um tempo atrás dizia que pode ter uma determinada quantidade de coliforme. Mais uma vez é a legislação beneficiando a indústria. (E 4)

Os gestores só se dão conta da Vigilância Sanitária quando tem algum problema, porque é a hora da verdade [...]. As coisas de que se dão conta são os programas verticais do MS. É a vacinação, é a hanseníase, etc. O resto a gente faz o que quiser, da forma que quiser [...]. Olha, a diretriz que se traçou para a Vigilância Sanitária aqui no Estado é esta. Não tem isto. (E7)

Vigilância Sanitária é isto: bota o bloco debaixo do braço e vai punir. Não tem o alcance de que é uma ação de saúde, que é um ação de prevenção, de que

isto é importante para a qualidade de vida, né? (E7)

Por outro lado, é histórica a “autonomia” com que agem os dirigentes da Vigilância Sanitária Estadual. É autônoma até o momento em que os gestores não conhecem o trabalho e não dão conta de avaliar sua repercussão. É totalmente dependente do autoritarismo do gestor Estadual, quando os interesses defendidos pelos gerentes e demais trabalhadores não são compatíveis com os interesses políticos. Entra aí o conflito comumente explicitado na equipe:

Eu percebo, não sei se estou equivocada, que só se dão conta daquilo que precisam [...]. O resto, o gerente faz o que ele quiser, da forma que ele quiser. Ninguém vem dizer que não é pra fazer assim. Não tem uma diretriz [...]. Eu achava loucura porque a gente estava decidindo o que ia fazer no Estado, né? Não tem uma direção. (E7)

Pela experiência que eu tenho aqui, me parece que a Vigilância Sanitária funciona muito autonomamente. Não sei se isto é bom, se não é [...]. Eu não sei se ela deve ser ou se é levada a fazer isto. (E1)

A instituição não tinha nada a ver com isto. Tudo que a gente fazia... aliás eu acho que sempre foi assim. Você fazia o que você queria, da forma como queria. Nunca teve ninguém pra dizer: 'Não, a linha não é esta'. (E7)

Essa é uma situação que incomoda os trabalhadores, no momento em que sentem que a Vigilância Sanitária não integrou o rol de preocupações dos responsáveis pela formulação política para o Estado. Assumir oficialmente determinadas ações decorrentes da missão da Vigilância demonstraria ter assumido claramente a opção pelo usuário dentro da sua dimensão política, além de demonstrar a escolha e o posicionamento da instituição quanto ao seu cliente. Nessas opções é que se revela a sua visibilidade (ou não) para a sociedade.

É também reflexo do cenário nacional, mais claramente explicitada na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária de onde emanaram destacadas propostas acerca da necessidade de harmonizar e integrar suas ações às demais ações de saúde, particularmente às de vigilância ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador, educação, informação e comunicação em saúde.

Formalmente, as ações da Vigilância têm o propósito de implementar

concepções éticas das relações dos atores envolvidos nos processos produtivos com os usuários, contendo, assim, um potencial para alimentar a construção da cidadania no Brasil (LUCCHESI, 2001). Ainda para esse autor, a Vigilância Sanitária constitui um espaço privilegiado de interação com a sociedade, uma vez que lida com produtos e serviços presentes no cotidiano do indivíduo e relacionados com as suas necessidades básicas e essa interação é necessária para o adequado gerenciamento do risco.

Então aparece novamente a questão: qual é a importância que a população atribui às ações da Vigilância Sanitária ou, ainda, qual é o alcance que essa ação tem no cotidiano da população? Recorrendo mais uma vez à fala dos trabalhadores, revela-se a preocupação com a postura da instituição no sentido de explorar a integração:

[...] eu acho que nós não conseguimos conquistar a opinião da Secretaria, conquistar pessoas, porque também nós não medimos este impacto. Qual é o impacto do que a gente faz? Qual é a repercussão disto na saúde? Eu acho que a gente também se afastou muito do saber. Eu vejo assim, as pessoas, de um modo geral, na Vigilância Sanitária, desempenhando tarefas. (E6)

Em um certo momento, entram em cena os diversos atores sociais que transitam em torno da Vigilância Sanitária e a competência deles em implantar processos de acordo com os seus interesses. É a dimensão ideológica da Vigilância Sanitária, que permite desvendar as várias formas de disputa entre os distintos atores sociais. Para Merhy (1997), é o momento em que se revela a governabilidade dos instituintes e instituídos. Também Luz (1979), concordando com Merhy, destaca que essa disputa mantém viva uma instituição e assegura produções transformadoras nas relações de trabalho.

No entanto, esse processo de trabalho não tem sido capaz de causar impactos na estrutura organizacional da Vigilância Sanitária e nem mesmo nas suas relações intersetoriais. Esse setor ainda é dependente da vontade política dos gestores e um dos setores escolhidos para intervenção e ingerência em determinadas situações.

Retornando à discussão de Lima (1998), quando afirma que a organização do processo produtivo constitui-se, em uma sociedade capitalista, a partir da lógica da gerência científica, verifica-se que está presente em diversas áreas da saúde, porém, nessa área, à medida que a conjuntura sanitária exige, vão sendo incorporados

novos sujeitos, instrumentos, objetos de trabalho e modos de organização da produção. Com a burocratização crescente, torna-se claro o controle que os meios de produção exercem nas relações sociais, entre elas, a do homem com o seu trabalho. Isso já não pode ser considerado como um postulado marxista, mas como um fato, independente de seu valor ideológico.

Segundo Nunes (1999), a burocracia é um tipo de administração que evita quase por completo a discussão pública de seus conhecimentos, ainda que seja possível que se critiquem seus fins. Esse “segredo burocrático” é necessário para controlar a incorporação dos novos sujeitos e, conseqüentemente, seus equipamentos e modo de produção.

Não sei, acho que as pessoas entendem isto aqui como uma coisa, um setor que tem uma legislação própria e não depende de ninguém. Os outros é que dependeriam da Vigilância Sanitária, né? (E1)

Nós não conseguimos atingir aquele objetivo que é verdadeiramente defender o consumidor. Você fica preso numa parte cartorial, em cima de papel e não consegue avaliar, lá na ponta, o que está atingindo o consumidor. (E4)

A qualidade da gestão dos serviços do SUS e a conseqüente reversão do antigo modelo assistetencial podem ser amplamente aperfeiçoadas pelos instrumentos que a Vigilância Sanitária possui. Assim, a relação entre os interesses pode ser intermediada e resguardada pela ação fiscalizatória e o processo de construção da cidadania pode ser enriquecido pela ação educativa, ambos no âmbito da Vigilância, que é o setor da saúde pública que contém tais possibilidades.

Ou seja, a recente estruturação de um novo paradigma para o setor saúde não tem passado pela discussão dos instrumentos e potencialidades da Vigilância Sanitária. No entanto, as características primordiais dessa estruturação, tais como, o conceito de risco, intervenção precoce e intersetorialidade na atenção, bem como instrumentos para a concretização do direito social⁶ à saúde estão presentes na Vigilância Sanitária desde a sua origem.

A PRODUÇÃO DO TRABALHO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Em que pesem todas as dificuldades de inserção da Vigilância Sanitária na pauta de discussões do setor saúde, os seus trabalhadores, atores em situação, ainda distinguem, com certa clareza, algumas prerrogativas/dispositivos dessa atividade, que reforçam o seu isolamento. Para esta análise, além da fala dos trabalhadores em Vigilância Sanitária, foram utilizados os documentos que compõem essa ação, tanto relativos à sua origem, quanto à sua evolução no Sistema Único de Saúde, até o momento atual.

No entanto, o estudo do comportamento e desenvolvimento das atividades dos trabalhadores em Vigilância Sanitária exige alguma discussão prévia da forma de organização desse setor, que detém significativa especificidade no elenco de práticas sanitárias do SUS. É igualmente necessário desvendar seu espectro estrutural e seu plano dogmático (PILATI, 1995).

Interessa iniciar caracterizando a forma de Estado e seus poderes políticos e também a administração pública e seus poderes administrativos, ou seja, o controle que a administração exerce sobre as técnicas das quais essa atividade e seus atores dispõem para garantir os direitos individuais e coletivos, por meio da autoridade do Estado.

Recorrendo-se novamente ao conceito de Vigilância Sanitária já discutido, verifica-se que algumas ações podem ser entendidas como restritivas da liberdade e da propriedade, quando devem eliminar riscos que provenham da produção e circulação de produtos e serviços. O poder de intervir nessas ações é precípua do Poder Público, por meio do aparelhamento do Estado em defesa do interesse coletivo. Portanto, esse aparelhamento é a administração pública na qual suas autoridades devem satisfazer o interesse público, servindo-se das prerrogativas desse poder (RIVERO, 1981). E a administração pública atua sob o comando político e iniciativa do Governo. A administração pública e o Governo possuem sua estrutura a partir de uma organização mais ampla, que é o Estado_ a ordem jurídica soberana, com finalidade, objetivos, funções e estrutura fixados a partir da Constituição (PILATI, 1985).

Em complemento a esse raciocínio, Testa (1995) define poder como uma característica das sociedades opacas, sendo, inclusive, sustentador dessa opacidade. Mas também é a explicação do comportamento da atividade em vários setores da saúde. Assim, esse autor classifica os tipos de poder de acordo com seus recursos, relacionando com os tipos de organização a que estão intrinsecamente ligados. No setor saúde, num Estado capitalista, ele

está inserido na organização burocrática. O poder administrativo tem como instrumento/recurso a norma, e o poder político, o prestígio. Acrescenta-se ainda a especificidade do poder técnico, cujo recurso, nessa organização, é a imposição.

A vontade do Estado manifesta-se pelo poder político e pelo administrativo. O poder político, relativo à estrutura de Estado, será abordado neste estudo em confronto com o poder administrativo e o poder técnico, bem como as conseqüentes potencialidades dos atores. É nesse ponto que se percebe a imersão da Vigilância Sanitária num paradoxo da potência a ela conferida pelos instrumentos do poder administrativo e a impotência do poder técnico que parece ter sido construído à luz dos limites administrativos, com o propósito de atender ao resultado dos conflitos de interesse no setor.

De posse de suas ferramentas, poderia ser a Vigilância Sanitária utilizada na luta pela mudança mais concreta das ações de saúde, que seriam, de acordo com Campos (1997), as de alterar o modelo vigente modificando padrões de gestão e planejamento e a política de recursos humanos, além de unificar as práticas sanitárias alterando, inclusive, seu conteúdo e forma de abordagem. A abrangência das ações da Vigilância Sanitária permite que ela sempre esteja presente nas relações entre os diversos sujeitos da construção e do controle do modelo assistencial. Sua atuação ética e concreta pode permear modelos voltados para uma abordagem essencialmente pautada na defesa da vida dos cidadãos. A falta de quaisquer iniciativas da instituição, no sentido de mudar essa impotência, aparece fortemente nas falas dos entrevistados:

A quem interessa isto? Na verdade você poderia ter um profissional com uma carreira definida, que não possa ser mudado de setor por qualquer motivo, que tenha estabilidade no seu cargo [...]. Se você observar bem o papel do Estado, ele não vai ser a pessoa que vai estar praticando o Poder de Polícia na íntegra. Vai estar dando apoio técnico logístico para as pessoas estarem exercendo este poder, né? Mas não sei a quem interessa isto. (E7)

Eu acho que a história da Vigilância Sanitária é muito penosa, considerando a falta de vontade política de que as coisas aconteçam. Ela é vista como tarefaira, ela só incomoda o Secretário [...]. Esta questão do medo hoje está muito presente. (E6)

Criar a lei é muito fácil. Agora, botar em prática é mais difícil [...]. Aí a insatisfação do usuário é grande [...] ele fica ligando, fica cobrando e você, às

vezes, tem que ficar escutando reclamações. Não sei se é aqui que a gente tem que ficar explicando o atraso dos serviços. (E2)

Essas questões colocadas pelos trabalhadores aparecem identificadas por Lucchese (2001), ao analisar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e fazer uma incursão pelas estruturas estaduais, verificando as conseqüências da organização da esfera federal sobre a esfera estadual. O autor indica que muitos políticos consideram a ação fiscalizatória da Vigilância Sanitária como um problema. Já que o horizonte político é sempre de curto prazo, a ação para exigir o cumprimento das leis não é tarefa valorizada; é um desgaste.

Entretanto, sua construção histórica segue o fluxo do capital e ela se apresenta como um setor que pouco se propõe a construir ou indicar direções, conquanto se centraliza cada vez mais e nunca se viu, de fato, discutida no seio da sociedade.

As ações de Vigilância Sanitária, embora tivessem surgido como forma de proteger a saúde da população, constituíram-se em sua história, fundamentalmente, na busca de respostas prementes às demandas das empresas, talvez pelo grande volume de produtos e suas inovações, transformando a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária num sistema basicamente cartorial, voltado para o seu interior.

Dessa forma, vai se distanciando das demais práticas sanitárias inseridas no SUS, tomando contornos próprios ou, como afirma Lucchesi (1992), perdendo o elo com sua própria razão de existir, ou seja, com a saúde.

No momento em que a sociedade brasileira debate temas, como a internacionalização da economia e da integração de mercados, a modernização de seu parque industrial, com fins de melhorar sua competitividade, a ampliação dos direitos do cidadão, emerge claramente a necessidade de redefinir e fortalecer as ações de normatização e controle do Estado brasileiro, representadas pelo setor de Vigilância Sanitária.

A questão que se apresenta é: como o poder político se posiciona num conflito de opiniões decorrentes dos interesses comerciais? Por ocasião de uma ação de interdição de determinadas produções farmacêuticas, por parte da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, em 1987, o confronto do

⁶. Recorre-se aqui à definição de Marshall (1967) para direito social, como conquista do século XX, em conseqüência do desenvolvimento da democracia e da ampliação do poder político das organizações operárias, diretamente ligados ao exercício da cidadania, como o direito à saúde e à educação.

poder político sobre os poderes técnico e administrativo esteve presente e o resultado determinou o comando político e a iniciativa do Governo. Ademais é a explicação do comportamento das atividades desse setor.

Para que a missão da Vigilância Sanitária prevaleça, é necessário que o poder/estrutura administrativa, o conhecimento técnico-científico, o direito de usá-lo (poder técnico) e a organização do poder (político) estejam num mesmo nível de atuação e em equilíbrio.

Assim, de acordo com Testa (2000), a configuração do espaço de saúde se delinea com base em critérios gerais, como as características demográficas e sociais da população a que se destina ou ainda com base nas atividades que realizam os atores sociais quando dirigem sua atenção aos problemas, dependendo do modo como esses atores definem essas questões. Dessa forma, a cada nova conjuntura, abrem-se novas possibilidades, constituem-se novos atores, que poderão dispor de outras ideologias, motivações e forças, que permitirão outros enfoques e perspectivas futuras.

No campo da Vigilância Sanitária, como resultado de seu isolamento como setor da saúde pública, fica difícil perceber tal movimento, seja nas reformulações organizativas e institucionais, seja nas realizações de seus atores. Pouco se tem divulgado sobre a importância desse setor como um conjunto de ações relevantes para a conquista e preservação da saúde.

Até mesmo a recente evolução presente no discurso institucional chega aos trabalhadores de maneira falha e constrangedora:

[...] de 97 prá cá temos tido mais recursos (financeiros) e mais cursos. Só que normalmente cursos de instrumentalização. [...] capacitação para o regulamento técnico de nutrição parenteral, inspeção em serviço de medicina nuclear [...]. Pode uma pessoa fazer um monte de cursos destes e continuar sem saber o que é Vigilância Sanitária? Então as pessoas que eu percebo que têm um trabalho mais comprometido aqui são as que passaram por uma especialização, não necessariamente em Vigilância Sanitária, mas em Saúde Pública. Que consigam saber o que é SUS, o que é Vigilância Sanitária, o que é Vigilância dentro do SUS, o seu papel de autoridade sanitária diante da sociedade, qual a abordagem deve ter e qual a postura o profissional deve ter. (E3)

No entanto, o poder administrativo detém as prerrogativas do ato (poder) que permite a contenção de direitos individuais, como a liberdade e a propriedade, em benefício da coletividade, que é o Poder de Polícia. Nas experiências de países capitalistas descritas por Testa (1995), sendo o poder

ligado ao Estado, permite-lhe assumir sua função de exercer a violência em nome da ordem social. E ainda se utiliza desse poder para estruturar um setor potente, como a Vigilância Sanitária, de acordo com o interesse vitorioso.

Esse é o campo de poder conferido à Vigilância Sanitária como instrumento para a garantia da supremacia do interesse público sobre o interesse privado ou para a solução de quaisquer conflitos de interesses em que a provável vítima seja a saúde individual ou coletiva. Para melhor definir o significado da referida expressão, recorre-se aos juristas que já a estudam sob outros ângulos. Assim Caetano (1970, p. 1066) descreve:

Poder de polícia é o modo de atuar da autoridade administrativa que consiste em intervir no exercício das atividades individuais suscetíveis de fazer perigar interesses gerais, tendo por objetivo evitar que se produzam, ampliem ou generalizam os danos sociais que as leis procuram prevenir.

Por outro lado, essa prerrogativa faz da Vigilância Sanitária não um simples serviço de saúde, mas um setor que se ocupa da coerção, de repressão a ilícitos, autorizações, licenças e outros atos típicos de controle e vigilância, porém sob os limites da Administração Pública (PILATI, 1995).

Esse elenco de problemas expressa principalmente carências estruturais que ocorrem historicamente nos setores de Vigilância Sanitária dos Estados, cujo equacionamento depende de decisões políticas de certa profundidade, além de recursos orçamentários significativos (LUCCHESI, 2001). É imperioso levar-se em conta que o papel da esfera estadual de Vigilância Sanitária é extremamente importante, não só por ser responsável por ações fiscalizatórias de média e alta complexidade não assumidas pelos municípios, mas, principalmente, pela sua tarefa de supervisor, coordenador e fomentador de novas tecnologias, “duras”, “leve-duras” ou “leves”, necessárias ao almejado processo de mudança de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como proposto por Gonçalves (1994), este trabalho procurou agregar conhecimentos a um objeto tão dinâmico e sujeito a intermináveis variáveis ao sabor da conjuntura em que se apresenta. Também, como já explicitado, não teve a pretensão de generalizar resultados e sim a forma como se pode compreender um determinado problema. Desse modo, as questões levantadas

aqui podem abrir reflexões e perspectivas para futuras investigações, seja acerca de detalhamentos dessas mesmas questões, seja de questões similares, em outras instituições.

O setor saúde brasileiro apresentou, a partir da Constituição de 1988, um grande dinamismo como Política Pública, em razão da ampliação da idéia do direito à saúde como dever do Poder Público e do ativismo de suas lideranças técnicas e políticas. No entanto, essas inovações conceituais e todas as mudanças já ocorridas no setor não refletiram necessariamente em eficiência de alguns serviços, independentemente da sua importância, a exemplo do que vem ocorrendo com a Vigilância Sanitária no Espírito Santo.

Com essa nova estrutura político-administrativa, abre-se a perspectiva de superação do modelo de desigualdade, incluindo possibilidades de participação popular, internalização e visibilidade das ações, bem como a distribuição da informação.

Percebe-se que o órgão de Vigilância Sanitária no Estado do Espírito Santo não passou pelas mesmas transformações propostas a outros setores da saúde e que ocorreram em função da implantação do Sistema Único de Saúde e todas as suas tentativas de efetivação. Sequer foi possível organizar minimamente a demanda de forma a assumir seu verdadeiro papel.

A Vigilância Sanitária continua sofrendo sérios problemas estruturais, particularmente na área de recursos humanos, tanto com relação à suficiência, quanto à qualificação, passando pela instabilidade da inserção dos trabalhadores na instituição. Essa carência é o assunto mais discutido na grande maioria dos documentos analisados e a grande questão levantada por todos os entrevistados.

Além disso, a natureza interdisciplinar da Vigilância Sanitária, por si só, exige eficiência administrativa e suporte técnico em inúmeras áreas.

Por outro lado, as atividades operacionalizadas na Vigilância Sanitária estadual não coadunam com o papel e as funções reservadas a essa esfera de poder, pelo SUS. Alguns entrevistados deixaram clara a ocorrência de situações em que as questões mais críticas são decididas em instâncias superiores, com maior peso dos critérios políticos e de acordo com o resultado do conflito de interesses.

Em função da prerrogativa fiscalizatória e coercitiva, a Vigilância Sanitária enfrenta dificuldades em se apresentar como defensora do interesse comum e não estabelece parceria com o usuário. A Vigilância Sanitária não assume

sua função educadora, abrindo mão de ser o elo de inclusão da sociedade aos debates acerca da saúde, uma vez que está presente em toda a cadeia produtiva de bens e serviços para o ser humano. Como afirma Lucchesi (2001, p. 290),

[...] o controle sanitário deve transcender à ação dos órgãos públicos, que têm o dever de realizar a maior difusão da informação disponível a respeito dos riscos, ao mesmo tempo que deve ouvir o mais detalhadamente possível a percepção popular acerca dos mesmos riscos e assumir a defesa intransigente da saúde coletiva.

A Vigilância Sanitária no Estado do Espírito Santo ainda não consegue, pela efetivação de todas as suas “práticas”, tornar-se um instrumento de democratização de “saberes”.

Com a utilização de suas ferramentas disponíveis, que vão além do Poder de Polícia e das ações cartoriais, como forma de assumir seu verdadeiro papel de fomentadora, orientadora e supervisora das ações municipais e, também, de articular as demais esferas de Poder, a Vigilância Sanitária estadual poderia contribuir com o projeto de construção da cidadania no espaço social da saúde.

Também é necessária a busca pela visibilidade dessas ações, que deveriam ser, em primeiro lugar, para a defesa da coletividade e, assim, aberta ao controle social. No entanto, qualquer tentativa de mudança na Vigilância Sanitária passa necessariamente por sua inserção no processo de discussão e construção do novo modelo assistencial que se apresenta, com uma efetiva participação de seus profissionais.

Para isso seria importante o aprofundamento de estudos acerca do modelo assistencial adotado pela esfera estadual a fim de desvelar todos os interesses estabelecidos e, dentre esses, os que sentenciam ao isolamento a Vigilância Sanitária no Estado.

REFERÊNCIAS

CAETANO, Marcelo. **Manual de direito administrativo**. Rio de Janeiro: Forense, 1970. v. 2

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CHAUI, M. Prefácio. In: SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-16.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 36 - 43, dez. 2000.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária e saúde do consumidor. In: ROUQUAYROL M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p. 443-454.

COSTA E. A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999.

COSTA, E. A.; ROSENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROSENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000. p.15-40.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Oficina de trabalho sobre formação de recursos humanos para a vigilância sanitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Termo de Referência**. Salvador: ABRASCO/ISC - UFBA/ANVISA, 2000.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1985.

EDUARDO, M. B. de P. **Vigilância sanitária**. São Paulo: IDS/NAMH-FSP-USP/BANCO ITAÚ, 1998. 460 p. (Saúde e Cidadania: para os gestores municipais de serviços de saúde, 8).

GONÇALVES, R. B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 97-102, 1991.

_____. **Tecnologia e organização das práticas em saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

GONDIM, G.M. de M. O profissional de nível médio em vigilância sanitária: trabalho e formação. **Termo de referência para oficina de trabalho**. Rio de Janeiro: ESJV/FIOCRUZ/ISC/ANVISA, 2001.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Tradução de Flávio R. Kothe. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

JOUVAL JR, H. E.; ROSEMBERG, F. J. Vigilância sanitária e qualidade em saúde no Brasil: reflexão para discussão de um modelo. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 15-19, maio 1992.

LIMA, R. de C. D. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Campinas, 1998. 246 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, Campinas, 1998.

LUCCHESI, G. Vigilância sanitária: o elo perdido. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 48-52, maio 1992.

_____. **Burocracia e política de saúde: arena ou ator?** In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo:

Cortez/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 157-179.

_____. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil.** Rio de Janeiro, 2001. 329 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)_ Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1996.(Tomo I).

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis en salud: un desafio para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial, São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY E. E.; FRANCO, T. B. PSF: **Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** Campinas,1999. Disponível em: <www.cns.saude.gov.br>. Acesso em: set. de 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

PAIM, J. S. **Saúde, crises e reformas.** Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 240 p. (Coleção Monográfica Reitor Miguel Calmon, 2).

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Ed., 2000.

PILATI, J. I. **Vigilância sanitária**: contribuições ao estudo jurídico e político. Florianópolis, 1995. 264 f. Tese (Doutorado em Direito)–CCJ, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

RIVERO, J. **Direito administrativo**. Tradução de Rogério Ehrhardt Soares. Coimbra: Almedina, 1981.

ROSENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades de investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educación Medica y Salud**, Washington/EUA, v. 27, n. 3, p. 295-313, 1993.

SOUTO, A. C. **Saúde e política**: a vigilância sanitária no Brasil (1976-1994). Salvador, 1996. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)– Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

TESTA, M. De ilusiones perdidas e esperanzas futuras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 5-30, maio/ago. 2000.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UM OLHAR SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: POR ONDE PASSA A COMUNICAÇÃO?

Márcia Regina dos Anjos Brandão
Selma Blom Margotto

No século passado, a evolução do conhecimento científico e a produção de novas tecnologias determinaram mudanças rápidas em todas as áreas. Na medicina, o acesso à informação e a novas formas de organização social influenciaram a conduta da população no enfrentamento aos agravos à saúde e na busca de uma vida mais saudável, atribuindo novos valores à relação médico-paciente. Tem-se observado não mais uma postura submissa do doente e da família durante a consulta e, no diálogo com o médico, evidenciam-se questionamentos e críticas. Esta atitude de maior participação e bem menos passiva em relação à assistência prestada, permite o desenvolvimento de uma nova prática que, se resguardado o respeito à autonomia do paciente, pode em muito contribuir para a implementação de ações nos campos da prevenção, promoção e educação em saúde.

Em nossos dias, pensar o exercício da medicina em uma perspectiva humanística implica pensar em mudanças nas práticas de trabalho e, também, de estruturas mentais inclusive, antevendo-se uma mudança na atitude do profissional médico, durante a graduação. É necessário, portanto, incorporar em seu aprendizado, além das ferramentas do domínio específico da profissão, as de outros saberes, contribuindo para exercitar e aprimorar a melhor abordagem e compreensão do paciente, de seu problema e da relação médico-paciente instituída.

A palavra medicina vem do grego *medeor*, que significa “aquele que cuida” (D’AVILA, 2001, p.9). Mas é ao mesmo tempo ciência e arte. Enquanto ciência requer a incorporação e a utilização de conhecimentos científicos atualizados para o bem-estar do paciente. Em seu exercício, enquanto arte, deve procurar reconhecer e agir junto às necessidades pessoais, culturais e sociais do paciente, pois, na atualidade, seu cliente não mais se conforma em atender cegamente aos preceitos de uma consulta médica, ele deseja ser esclarecido e quer participar das decisões elaboradas neste momento. Já não mais se conforma em ser servil. Assim sendo, estes dois aspectos da medicina - ciência e arte - precisam estar associados durante a prática médica, sendo

importante que estejam presentes no conteúdo curricular da formação desse profissional (KIRA, 1996). A arte médica é uma prática muito antiga. Foi inicialmente exercida por feiticeiros, xamãs e sacerdotes. Já a ciência médica é bem mais recente. Surge a partir do século XIX, mas sempre recebeu, do ponto de vista psicológico, a influência daqueles predecessores místicos.

Até há pouco tempo, era possível observar, na relação médico-paciente, um caráter unidirecional, em que o paciente adotava uma posição submissa e colocava sob uma aura de forte idealização e magia o agente do cuidado. Hoje, pode-se observar uma tendência crescente de maior participação do doente e da família, na medida em que a figura do médico não mais está colocada sob um pedestal, mas sim em uma superfície nivelada, onde deverá se impor por sua real competência. Nesse último modelo, a relação médico-paciente passa a receber influência de forças dinâmicas, e se entrecruzam desejos, valores, angústias, expectativas e pressões de todos os lados. Além do médico e do paciente, também são atores, nesse processo, as instituições de saúde, a família e a sociedade, o que impõe ao profissional uma reflexão e adaptação a essa nova realidade (ZIMERMAN, 1992).

A HISTÓRIA MOSTRA QUE O SIGNIFICADO DA PROFISSÃO MÉDICA VEM APRESENTANDO VARIAÇÕES AO LONGO DO TEMPO.

Desde a antigüidade, a fragilidade da vida, observada na constatação de que um dia a morte, viria e também a percepção de que a vida poderia se esvaír em poucos minutos têm marcado o pensamento humano e gerado inquietações e ansiedades. No início, esse temor era negado, ao se assumir uma atitude de resignação e de aceitação ao desígnio de algum ser supremo. Ao mesmo tempo, buscava-se atenuar as dores, os sofrimentos corporais inexplicáveis e aqueles explicados por meio do mito e da magia, com a utilização de rituais específicos, nos quais figuravam: a invocação de divindades, o uso de dietas mágicas e a imposição de penitências (PESSOTTI, 1996). Fortemente influenciada pelo misticismo, essa prática deificava o agente do cuidado e impunha uma submissão à pessoa auxiliada.

O conceito que perpassa em cada época sobre o homem também exerceu influência nessas práticas, do cuidar.

No Teocentrismo, considerava-se Deus, o centro de todas as coisas. Assim, o homem, ao ser criado por Deus, pertencia de corpo e alma ao seu criador e com esse pensamento afirmava-se existir uma conexão direta entre a

doença e o pecado. A doença não acontecia por causas naturais, mas tinha origem no pecado, na malícia do demônio e em decorrência de uma punição divina (LOPES, 1990). Nesse universo teológico, a concepção sobre o homem fez com que, durante um certo período, a Medicina praticada no Ocidente por aqueles considerados os primeiros a exercitarem a arte da cura, os sacerdotes, fosse vista uma atividade divina, exercida por Deus e mediada pelo seu representante na terra: o clero. A arte médica existia como uma função religiosa do sacerdote e estava indissociada dos valores e crenças a respeito do homem e de seu destino (PESSOTTI, 1996).

Mais tarde, o pensamento médico de Hipócrates daria início a uma derrocada dessa Medicina sacerdotal. Quando se manifestou sobre o tratamento da epilepsia, doença até então considerada sagrada, o pai da Medicina declarou que esse mal obedecia a uma causa natural. A ignorância e o assombro dos homens diante do caráter peculiar que a enfermidade assumia seriam os responsáveis pela suposta origem divina que lhe atribuíam. Desde esse período, a Medicina ocidental passou a se desenvolver tendo por base dois pilares: a busca pelo conhecimento e o respeito aos valores humanos (DRUMOND, 2001). Ainda que de uma forma incipiente, começava a existir na Grécia antiga uma prática médica racional. A dor e a morte passavam a ser contingências da natureza humana e não mais frutos da ira divina.

Naquela ocasião, a Medicina Hipocrática e a Filosofia Humanística de Sócrates, por estarem fundamentadas na experiência pessoal e no apego à racionalidade, conseguiram derrubar os mitos e dogmas provenientes da classe sacerdotal. Foram produtos de uma mesma cultura: doutrina e prática médica de um lado, e filosofia do homem e ética do outro. Dentro de uma concepção humanística, visualizava-se o paciente como um todo, composto de corpo e mente, e integrado ao seu ambiente. Tanto com Hipócrates, como com Galeno, a arte médica manteve-se indissociada de uma visão mais ampla do homem: não mais teológica, mas filosófica. O médico assumiu a figura de um homem aperfeiçoado pela ética e pelo saber a respeito da natureza humana: um humanista.

Entretanto, no século XVII, a filosofia cartesiana fez com que o homem anátomo -fisiológico passasse a ser dissociado do homem filosófico. Isso determinou a separação entre uma vida subjetiva (implicada em sentimentos, valores e cognições) e uma vida objetiva do corpo (regida pelas leis da física e da química) deixando a Medicina livre, para ocupar-se apenas da "máquina humana". Os valores éticos e filosóficos atribuídos à arte médica

passaram a figurar como extrínsecos ao saber médico, que passa, então, a rejeitar questões relativas à subjetividade humana, por exemplo, a instituição de valores e o apego a eles. O médico passou a lidar tão-somente com os eventos físicos e materiais. Na utilização do método científico, buscou-se o domínio da natureza circunstante e da natureza anátomo-fisiológica do ser humano (PESSOTTI, 1996).

Ao longo do tempo, quando se olha para a assistência prestada ao ser humano durante o controle das enfermidades, percebe-se de início, o doente como o alvo principal da atenção, para no pós-científico, a doença tornar-se o foco prioritário.

A conduta do profissional médico também vem sendo historicamente moldada pelos paradigmas culturais, e as crises ou trocas de paradigmas foram promovendo mudanças mais ou menos radicais na teoria e na prática médica. De início, devido às suas origens na atividade religiosa, observou-se uma obediência ao paradigma sobrenatural. Tempos depois, novos paradigmas se apresentaram: o da medicina individual ou curativa e o da medicina social ou preventiva. Mais tarde, um terceiro paradigma veio sintetizar os dois anteriores: o paradigma da medicina familiar. Outros também podem ser registrados: o paradigma da medicina geral e, atualmente, o das medicinas especializadas, que, se praticadas como conhecimentos distintos, condicionam a uma intervenção fragmentada. Espera-se um retorno ao paradigma da totalidade, no qual a especialização seja um enriquecimento da medicina geral, e não uma fragmentação dessa totalidade (D' AVILA, 2001).

No que diz respeito aos paradigmas do ensino médico, percebe-se que, desde 1910, a maioria das escolas médicas brasileiras passou a seguir as recomendações apresentadas no relatório Flexner, que postulava uma aprendizagem intra-hospitalar e a busca pela excelência técnica das especialidades clínicas orientadas para o indivíduo (PUCCINI, 1995). Assim, adotaram o modelo biocêntrico, ou seja, o de um corpo desdobrado em sistemas, órgãos, tecidos, células e moléculas; e uma abordagem hospitalocêntrica, com o aprendizado realizado, na maior parte do tempo, em enfermarias de hospitais universitários. Esse modelo induziu à formação de especialistas e passou a ser contestado tanto por tornar-se um obstáculo a uma assistência médica mais eficiente e justa, como por aumentar os seus custos. Surge, então, em 1978 com a Conferência de Alma Ata uma proposta de filosófica sociocêntrica para o ensino médico. Nesta, a ênfase seria dada ao ensino da atenção primária, com qualidade. Se pudermos imaginar os aspectos

desses dois paradigmas, como não excludentes, é cabível e oportuno se pensar em uma filosofia antropocêntrica, isto é, a favor dos seres humanos, a ser incluída na estrutura curricular do programa de ensino da atenção primária, nas escolas médicas (MARCONDES, [199-]).

Pergunta-se, então, como qualificar o aluno para lidar adequadamente na atenção básica?

As transformações que acontecem na sociedade e na profissão médica indicam não se tratar de tarefa fácil. A era da tecnologia vem promovendo mudanças rápidas na sociedade, mas não consegue diminuir a distância que separa os mais e os menos favorecidos, pois seus benefícios ainda não estão disponíveis para a maioria da população. Convive-se em uma estrutura social em que, de um lado, uma minoria tem a possibilidade de usufruir todo o conforto proporcionado pela tecnologia, mas convive com a “angústia do bem-estar moderno”, que não consegue suprir as necessidades mais profundas do ser humano; e, do outro lado, há uma grande massa de excluídos, para quem a injusta distribuição de renda impõe uma sobrevivência em condições quase desumanas (FERNANDES, 1998). Todo esse contexto vai exercer influência sobre a atividade médica onde quer que seja praticada.

A explosão do conhecimento médico-biológico verificada nos dois últimos séculos, principalmente no século XX, também vem determinando transformações na práxis médica, podendo-se observar algumas tendências: a fragmentação do saber médico pelo aumento da informação, ocasionando uma acentuada especialização; a intermediação do trabalho médico devido a uma crescente privatização do sistema de saúde; a elevação dos custos da medicina tecnológica por pressões econômicas impondo uma redução na prática e nos procedimentos médicos; a fragilização do modelo liberal da medicina, com o enfraquecimento de sua autonomia técnica, de seu poder de decisão e da relação médico-paciente, o que determinou mudanças no prestígio profissional e no status do médico na sociedade; mudanças na relação médico-paciente, quando se observam pacientes cada vez menos passivos e recusas no seguimento das prescrições; a visão de saúde como um bem de consumo em algumas áreas da medicina; os modelos de saúde pública que negligenciam a formação adequada de recursos humanos e não praticam uma política de remuneração digna aos profissionais; a atuação de grupos profissionais que vêm assumindo responsabilidades e prerrogativas em tarefas

consideradas anteriormente de exclusividade médica; a participação de outros profissionais (engenheiros, economistas, técnicos em eletrônica) nas atividades da área da saúde, tanto quanto os profissionais médicos; e a elaboração de leis que limitam a autonomia médica (DRUMOND, 2001).

Discute-se, então, que atributo deverá possuir o profissional médico para poder atuar adequadamente nesse contexto, que apresenta mudanças aceleradas dentro também de um contexto sócio-cultural e político complexo.

Presencia-se, a cada dia, uma maior valorização dos profissionais com cultura geral, postura ética e responsabilidade social. O profissional deverá dominar conhecimentos e técnicas específicos da profissão, mas também se apresentar como um generalista em outros domínios, incorporando, em sua ferramenta de trabalho, elementos de outras ciências, que lhe possibilitam atuar com confiança, ao lidar com problemas e tomar decisões em um mundo diversificado, complexo e interdependente (STEMPFER, 1998). As influências da visão empresarial e do marketing na área médica também apontam uma ascensão profissional e financeira que requer não só a existência de competência profissional, mas também o domínio de outras habilidades, tendo em vista que o paciente passou a assumir a visão de cliente - sua fidelização e retorno ao consultório depende não apenas da competência técnica no exercício da profissão, mas também de outros fatores, como: postura psicológica, ética, empatia, educação, acolhimento, boa aparência, comunicação eficaz, que determinam uma posição diferenciada no amplo mercado de trabalho.

Este tema, relação médico-paciente, já instigou inúmeros trabalhos em épocas passadas e atualmente se observa um retorno à discussão desse assunto, em vários tipos de publicações, principalmente nas direcionadas à abordagem da educação médica.

Boltanski (1984), ao pesquisar a relação médico-paciente em classes populares da França, no ano de 1979, percebeu uma ansiedade diante do aparecimento da doença e a desconfiança na figura do médico, cujo veredicto se ignorava. Pôde verificar a existência de um monólogo, no qual três quartos das palavras proferidas eram ditas pelo médico. A maioria destinava-se ao interrogatório com as mães, aos conselhos e às constatações sobre o estado de saúde da criança; e uma minoria era utilizada para responder às perguntas maternas. O autor observou que, na procura pelos serviços de assistência à saúde, a população, ao não possuir conhecimento técnico para averiguar qualidades profissionais nos médicos, passava a adotar os critérios do cotidiano,

por exemplo: a amabilidade, a boa vontade, a complacência, ou mesmo a distância geográfica. As pessoas no grupo pesquisado também conseguiram reparar nuances da atitude médica em relação a eles; possuíam uma clareza da distância social que os separava e, na relação estabelecida, o médico adotava comportamento diferenciado conforme a classe social do doente. Assim, os pacientes reprovavam o uso do vocabulário especializado (não se falar a mesma linguagem) e a ausência do dar explicações sobre a doença e os medicamentos. Nessa pesquisa, constatou-se que os médicos costumavam adotar uma postura autoritária ao se fazer entender por seus pacientes. Também não explicavam os temas considerados implícitos a um saber materno, como o procedimento correto para a higienização das mameadeiras. Recorriam, ainda, às sanções para que suas prescrições fossem cumpridas (ex.: “Se não der as vitaminas, ele terá pernas fracas”).

Perestrello (1982), em sua abordagem sobre esse tema, observou que, ao expressarem suas queixas, os pacientes, de modo inconsciente, costumam disfarçá-las, pois estas traduzem o que há de mais autêntico nas profundezas de seu ser.

Moura (1976), em seu estudo sobre a relação médico-paciente em Pediatria, cita Balint e Yudikin como autores que apontaram, em suas pesquisas, uma necessidade de o médico, no tempo limitado da consulta, tentar estabelecer uma interação com o doente, permitindo que ele manifeste a sua real preocupação, muitas vezes não verbalizada no momento inicial do colóquio. Segundo Moura, duas perguntas precisam ser respondidas durante o atendimento pediátrico: o que há com o paciente? Por que nos foi trazido neste momento? Foi Yudikin quem introduziu o conceito de “segundo diagnóstico”. Algumas vezes, facilmente observado naquele caso em que um casal, ao trazer sua criança ao médico, durante um surto de meningite, ela apresenta sintomas de resfriado comum, como queixa clínica principal um quadro de febre e vômitos (sintomas importantes na meningite). Pode-se, de imediato, verificar nas entrelinhas, que a real preocupação desses pais é o medo de que seu filho esteja acometido daquela doença. Às vezes, o segundo diagnóstico não é tão óbvio. É necessário ter consciência da necessidade de buscá-lo, não sendo difícil observar na mãe uma insatisfação quando não o atingimos.

Ainda de acordo com Moura, Balint preveniu que, se fizermos perguntas, obteremos apenas respostas, e sugeriu que o mais importante é o ato de tentar ajudar os pais a se expressarem. Algumas perguntas podem auxiliar

nesse processo: o que mais a preocupa na doença de Fulano? Por que isso a preocupa? O que pensa ter causado esse problema?

Durante a década de 60, um prolongado e importante trabalho de pesquisa, desenvolvido no hospital para crianças em Los Angeles (EUA), avaliou o encontro inicial entre mães e pediatras durante a assistência. Oitocentas mães participaram do estudo que teve como propósito analisar o efeito da interação verbal na satisfação do usuário e no segmento do conselho médico. Mostrou, na maior parte das mães, uma expectativa em relação aos médicos que transcendia sua competência técnica. Elas procuravam por profissionais atenciosos, interessados, afáveis e com tempo para dar explicações. O estudo apontou, como causas de insatisfação com o atendimento e obstáculos a uma adequada comunicação: a falta de calor humano e cordialidade do profissional; a ausência de explicações detalhadas sobre a doença (sua causa e prognóstico), o uso de termos técnicos (de difícil compreensão e não familiares aos pais) e a falha do médico em perceber as expectativas e preocupações maternas. Colocou em evidência que o resultado satisfatório da consulta e a disposição para aceitar os conselhos do médico recebiam uma influência direta da extensão pela qual o pediatra conseguia ir ao encontro das expectativas e preocupações maternas (KORSCH, 1968).

No Brasil, no ano de 1981, uma pesquisa intitulada **A Relação Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras** revelou que a população usuária do serviço público dirigia suas críticas ao atendimento prestado pela instituição. Poupavam o médico em virtude do seu saber e devido à impossibilidade de avaliarem a parte técnica da consulta, permanecendo a figura desse profissional envolta em certa mistificação. Durante o diálogo com o médico, detectou-se que, na classe operária, o maior contingente de palavras era pronunciado pelo paciente. O médico se limitava a fazer perguntas: curtas, secas e sucessivas, parecendo que independia das respostas fornecidas. O paciente tendia a se prolongar em suas narrativas e o médico prontamente o interrompia. O discurso do médico se reduzia ao mínimo necessário.

A análise do diálogo entre o médico e as mães mostrou que estas preenchiam o silêncio da consulta. Costumavam se estender em comentários sobre a criança independentemente da atenção do médico, e este exercia sua dominação pelo silêncio e interrompendo os comentários maternos. A pesquisa apontou, como fator que dificultava o diálogo nessa hora, a diferença social entre o médico e o paciente. Nem tanto pelas diferenças na linguagem, ou no nível de instrução, mas, pelo fato de que o peso e a importância das

palavras assumiam valores completamente diferenciados, em decorrência das diferenças observadas nas manifestações culturais existentes entre um e outro. Os valores e os conceitos se ordenavam segundo esquemas lógicos distintos, implicados nas visões de mundo próprias de cada um (SUCUPIRA, 1984).

Pela teoria, a comunicação é realizada quando há transmissão de uma mensagem e sua captação pelo receptor. Na comunicação humana, pode-se considerar o emissor uma consciência que transmite uma mensagem para outra consciência, que é o receptor. Portanto, pode-se dizer que a mensagem será elaborada por uma consciência e será igualmente assimilada por outra. Logo, a comunicação perfeita é difícil de ser atingida, tendo em vista a impossibilidade de uma consciência comunicar-se diretamente com outra. Assim, a mensagem precisa, antes de tudo, ser pensada e depois transmitida. Para ser transmitida, necessita da mediatização de sinais simbólicos. A linguagem exerce essa função (SEVERINO, 2000).

Segundo Amado e Guittet (1978), a comunicação é uma condição essencial na vida humana. Comunicamo-nos de várias formas e por diversos motivos e, como não podemos nos comunicar diretamente por meio de nossas consciências, mediatizamos pela fala (código verbal) e pela linguagem corporal (código não-verbal) a mensagem que queremos passar. São vários os sinais não-verbais emitidos durante uma comunicação. Eles interferem e modulam o que está sendo dito. Em geral, quando estamos em frente ao outro, em uma situação de comunicação, utilizamos o código verbal com o objetivo de transmitir um conteúdo de valor informacional, e o código não-verbal serve para estabelecer e manter a relação interpessoal. Essa informação não-verbal pode ser sentida diretamente pelo interlocutor e tem um impacto imediato. Modula o discurso verbal, reforçando-o ou atenuando. Entretanto, nem sempre os indivíduos estão conscientes das informações que são transmitidas aos seus semelhantes por meio de seus corpos e que serão recebidas como parte integrante de seu comportamento durante a relação de comunicação. Devem estar atentos, pois toda vez em que ocorre uma convergência e uma concordância entre os sistemas verbal e não-verbal, o impacto da mensagem se torna mais forte e a recepção melhor, porém, quando isso não acontece, o sentido da mensagem se altera e o conteúdo não-verbal passa a ser preponderante.

Os autores mencionados, citam Carl Rogers que ao se referir à comunicação autêntica, afirmou que, para ser verdadeira deveria ser uma comunicação entre

“pessoas”, entre seres independentes e sem medo de serem diferentes um do outro. Esse psicólogo considerava primordial, na comunicação entre pessoas, a observação e a escuta do outro. A comunicação não se reduz a um processo de influências, no qual se opera a prática de mecanismos de defesa. Sob o ponto de vista de Carl Rogers, para que a comunicação autêntica ocorra, não basta quer, torna-se necessário colocar em prática certas qualidades como: a congruência, a atenção positiva incondicional e a empatia. A congruência consiste em dotar-se de autenticidade, o “ser você mesmo”, o estar aberto e não defensivo em relação aos próprios sentimentos com o outro. A aceitação de qualquer manifestação do outro sem emissão de um julgamento estaria relacionada com a atenção positiva incondicional, e a empatia resultaria da percepção do quadro referencial interno da outra pessoa. Com exatidão, com os componentes emocionais e as significações a ele associadas, se você fosse a outra pessoa - sem perder essa condição “como se” - pois, do contrário, tratar-se-ia de identificação. Assim, a capacidade empática seria o resultado de uma habilidade do indivíduo de descentrar-se, ou seja, de tomar distância de si mesmo, deixando-se atingir pelo que descobre no outro, para poder compreendê-lo em sua sensibilidade profunda.

Uma das formas de comunicação muito freqüente na prática médica é a comunicação face a face que, segundo Berger e Luckman (2000), é uma situação ótima para se ter acesso à subjetividade do outro. Esses pesquisadores explicam que, na construção social da realidade, o mundo do senso comum é originário do pensamento e da ação de homens comuns, sendo afirmado como real por eles, na conduta subjetivamente dotada de sentido que imprimem às suas vidas, em que cada experiência vivenciada possui diferentes camadas e estruturas de significações implicadas. Tem-se, assim, a consciência de que o mundo consiste de múltiplas realidades, e os homens apreendem a realidade da vida diária, como uma realidade já ordenada e com seus fenômenos previamente dispostos em padrões, independentes da apreensão que se tem deles, e que também se impõem à apreensão de cada um. Ao viver em um mundo intersubjetivo, o homem não pode existir na vida cotidiana, sem estar continuamente em interação e comunicação com os outros.

Perestello (1982), ao abordar a comunicação humana, apontou a importância da maneira como se fala: onde o “como se diz” é muitas vezes mais efetivo, do que “o que se diz”. Em geral, o que o outro capta nesse momento, consciente ou inconscientemente, é o que vai dirigir a relação humana, de inconsciente para inconsciente, na maioria das vezes. Na linguagem verbal, os códigos que

a acompanham, como a inflexão da voz, o tom e a modulação, as paradas mais ou menos bruscas no falar, o alongamento das frases, a mímica facial e os gestos, tudo irá revelar o estado de ânimo, a maior ou menor receptividade, a contrariedade, o alheamento ou o interesse: aquilo que verdadeiramente emana do interior da pessoa, não raro traindo o discurso. Na opinião de Perestrello, os pacientes devem ser compreendidos como um todo indivisível e, como tal, devem ser tratados. Há que se priorizar o aperfeiçoamento da técnica de coleta de dados, com ênfase na anamnese não dirigida, que conduziria a um diagnóstico mais completo. Colocou a importância de se fugir, do fazer perguntas, quando, em geral, se obtêm apenas respostas. Aponta, ainda, a necessidade de se conseguir, não só os dados relativos à história natural da doença (relação explicativo-causal), mas também o que esta representa para o paciente (relação compreensiva), que é dono de uma biografia única e diferente da dos demais pacientes.

Na pediatria, o processo comunicacional, durante a relação médico-paciente, assume uma complexidade ainda maior. Forma-se um duplo relacionamento: médico-mãe, médico-criança, ambos concomitantemente. Uma peculiaridade desse momento está no fato de que a criança precisa ser compreendida nas diferentes etapas do desenvolvimento infantil, levando-se em conta a dificuldade que tem para se expressar verbalmente. Isso obriga o médico a um conhecimento mais profundo da linguagem não-verbal, desses pacientes.

O professor Marcondes (1993), ao tecer comentários sobre o processo ensino aprendizagem na Pediatria, atentava para a importância dos aspectos formativos do pediatra: aqueles que contribuem para alicerçar, embasar e construir o pensamento pediátrico e sem o qual nenhum médico será pediatra. Enfatizava dois aspectos importantes no processo ensino-aprendizagem: a formação e a informação, considerando ser muito mais difícil formar que informar. Seriam em número de sete as percepções formativas a serem compreendidas e sentidas pelos alunos: a unidade que a criança é; a transcendência da promoção da saúde, da prevenção de agravos e da educação da criança e de sua família; a ecodependência da criança; a arte de obter dados; a necessidade de monitorização do crescimento e desenvolvimento; a primazia da nutrição; e a prescrição que não pode ser um enigma a ser decifrado pelos pais.

Enfatizava o professor que, em nenhuma das sete percepções, são referidos aspectos ligados ao diagnóstico ou ao tratamento de tais ou quais

doenças. Em seu ponto de vista, diagnosticar e medicar dependem muito mais da informação do que da formação, e ser pediatra é muito mais do que saber os valores normais de exames subsidiários, ou saber o nome de medicamentos e respectivas dosagens. Entendia ser um equívoco da graduação médica o conceito bio-orgânico da estrutura curricular, com percentuais generosos de carga horária nas enfermarias e modestos em relação ao ambulatório. Nas diretrizes para o ensino da pediatria, destacava a importância de se desenvolver a capacidade de obter dados, elaborar diagnósticos e prescrever em todos os níveis: unidade de saúde, enfermaria, berçário, ambulatório, reconhecendo a primazia de se assistir globalmente a criança considerando-a ser físico, mental e social indivisível, como também alertava para o importante papel educativo do médico junto à criança e seus familiares, e a função relevante dos familiares no tratamento da criança enferma.

A medicina é uma ciência cuja essência envolve uma ação entre seres humanos, entre quem pratica e quem recebe o cuidado. Nesse encontro, o processo comunicativo pode interferir na interação entre o médico e paciente e a dinâmica do processo terapêutico, favorecendo ou não uma relação que atenda às expectativas das partes envolvidas com influência nos resultados esperados. Ramadan (ABDO, 1996) declarou que entrevistas tecnicamente mal conduzidas levam a informações incompletas, distorções e omissões. Possibilitariam erros de diagnóstico e uso de procedimentos terapêuticos contra-indicados, podendo ocasionar danos ao paciente. Ao contrário, uma comunicação interpessoal adequada promove uma bem-sucedida interação terapeuta-paciente, com insuspeitados benefícios no decorrer do tratamento.

Abdo (1996), ao analisar entrevistas realizadas por residentes, na psiquiatria, verificou que o desconhecimento sobre as teorias da comunicação, via preferencial de acesso e interação com o paciente, permite o exercício dessa prática conforme melhor parece ao médico que, desprovido dessa qualificação, promove interações iatropatogênicas com seu paciente. Derivadas de distorções comunicacionais, essas interações iatropatogênicas vão induzir a sonegação de informações ou uma rejeição ao tratamento proposto. Em sua opinião, é muitíssimo importante uma orientação adequada para a realização da entrevista clínica, instrumento que, quanto mais estudado for, pode demandar menos de arte e mais de técnica científica.

Esta área, a da comunicação em saúde, é vasta e, em uma de suas vertentes, pode ser compreendida como um conjunto de técnicas e processos relativos ao plano verbal, não-verbal e simbólico, que permitem a prática da

educação em saúde. Um campo com grande aplicabilidade na área da saúde coletiva, pois, na assistência ao usuário, seja do sistema público, seja do privado de saúde, ocorre uma ação em que as palavras, os gestos, as atitudes e as representações sociais atuam mediando um processo de construção e de valorização das mensagens recebidas, com repercussões na prática vigente. Assim, é fácil compreender a importância de se ampliar conhecimentos nesse âmbito, o que possibilitaria a descoberta de novas ferramentas a serem utilizadas durante essa atividade (L'ABBATE, 1997).

Com referência ao diálogo entre o médico e o paciente, pode-se observar que, durante o curso de medicina, coloca-se o aluno, com frequência, em contato com o paciente sem nenhuma preparação prévia, passando este a absorver as condutas e os procedimentos de seus preceptores. Em muitas ocasiões, é possível perceber um desperdício no potencial terapêutico representado pelas habilidades comunicativas sob várias alegações: falta de tempo e de condições de trabalho, ou mesmo o nível cultural da clientela. Contudo, nota-se que o principal motivo não se aplica a esses fatores, mas à falta de conhecimentos sobre essa disciplina, o que impede o aluno de melhor explorar suas potencialidades, tendo em vista o predomínio do tecnicismo em sua formação acadêmica. Essa não valorização do momento da consulta, tem proporcionado nos últimos tempos, uma queda do prestígio do profissional médico perante a sociedade, pois tem sido frequentemente colocada a redução da consulta a uma simples prescrição, muitas vezes sem sequer haver realização do exame físico ou de uma interlocução. Assim, procurar reaver a excelência dessa prática seria devolver credibilidade ao ato médico e recuperar o prazer de se estabelecer uma relação médico-paciente bem constituída. Ainda com referência à consulta, durante o atendimento pediátrico, é muitíssimo importante estar atento ao triângulo mãe-pediatra-criança, que se forma nesse instante, como também procurar entender a importância de se conhecer adequadamente quem é essa interlocutora e o que se passa em seu íntimo na vigência da doença de seu filho (NEVES FILHO, 2000).

A pediatria é o campo da medicina que presta assistência ao ser humano em seu período de desenvolvimento: da fecundação à puberdade, e o faz de duas formas: a Pediatria Preventiva ou Puericultura que cuida de manter as condições de normalidade das crianças, e a Clínica Pediátrica ou Pediatria Curativa, que procura restaurar as alterações no estado de saúde. As duas formas se complementam e necessitam uma da outra. Diferente das demais especialidades, que cuidam de um órgão, aparelho ou sistema, a Pediatria é um campo peculiar

da medicina que cuida dos problemas de um período da vida. Assiste portanto ao ser humano que ainda não produz e, assim, em muito contribui para o desenvolvimento humano e social. A Pediatria é o mais rendoso investimento espiritual e econômico, pois todo o progresso humano é feito por adultos, que a essa idade chegaram graças aos cuidados que anteriormente receberam da Pediatria (ALCANTARA, 1995, P.3).

Quando uma criança nasce normal, graças aos fatores benéficos que até então exerceram influência sobre ela, durante a gestação é dotada de um extraordinário impulso vital, que, livre de obstáculos, normalmente vai se atenuando até a maturidade. A grande responsabilidade do pediatra se encaixa nesse “livre de obstáculos”. Cabe ao pediatra cuidar da criança em seu vulnerável período de crescimento e desenvolvimento, quando ela está se estruturando para a vida social e, nessa ocasião, é muito importante poder contar com o apoio da família, principalmente o da mãe, figura com presença constante durante o atendimento pediátrico (ALCANTARA, 1995).

OS MÉTODOS UTILIZADOS

Este estudo foi elaborado com o objetivo de identificar e analisar quais fatores, na percepção das mães, influenciam na comunicação e na interação pediatra-mãe durante uma consulta. Empregou-se o método de estudo de caso com uma abordagem qualitativa em duas técnicas de investigação: a observação do atendimento e a realização de entrevistas pós-consulta com as mães. Encontrou-se, assim, a forma mais adequada para a coleta e análise de dados. A abordagem qualitativa possibilita uma ampla compreensão dos fenômenos sociais, e o método indutivo permite uma descrição detalhada dos fatos e acontecimentos, com a identificação da realidade, a partir da construção subjetiva dos próprios sujeitos do estudo. Foram analisadas entrevistas de mães na faixa etária de quinze a trinta anos, alfabetizadas, residentes em um bairro de classe popular do município de Vitória.

As questões norteadoras da pesquisa foram: quais fatores, na percepção das mães, interferem na estruturação do diálogo com o médico, durante uma consulta? De que forma esses fatores atuam, facilitam ou impedem a interação pediatra-mãe nesse momento? A comunicação pediatra-mãe estaria sendo realizada a contento em nossos dias? Como se apresenta no imaginário das

mães a consulta ideal?

Essas informações foram resgatadas levando-se em consideração os três momentos da consulta, a saber: o da entrevista, o do exame físico e diagnóstico, e a etapa da prescrição com as recomendações. Tentou-se também conhecer um pouco mais sobre a opinião das mães sobre uma maior participação (autonomia) no momento da prescrição e das recomendações médicas. Utilizou-se principalmente o referencial teórico presente nas teorias sobre a comunicação humana, na abordagem da medicina, nos livros de pediatria, e na antropologia social para construir a análise dos dados, nos dois momentos pesquisados: a observação das consultas de pediatria e as entrevistas pós-atendimento, com as mães.

A comunicação é uma condição essencial na vida humana e, desde o início de sua existência, o ser humano é colocado em frente a um sucessivo processo de aquisição das regras de comunicação. No começo da vida extra-uterina, é o corpo que fala, e a interação mãe-filho vai acontecer na presença da comunicação não-verbal: pelo tato, olfato, sons, cores e paladar. Mais tarde, com o aprendizado da fala e da escrita, essa comunicação corporal vai gradativamente sendo transformada. Entretanto, sempre deixará suas marcas ao ser instituída a linguagem falada, devido a profunda interação existente corpo e linguagem. Assim sendo, observa-se que, em toda relação de comunicação, o homem utiliza um instrumento específico da comunicação humana, a linguagem (o código verbal), porém outros elementos, como gestos, olhares e mímicas (o código não-verbal), vão estar presentes nessa ocasião. Esses sinais, os não-verbais, emitidos de várias formas: pelas mãos, cabeça, face, boca, enfim por todo o corpo, modulam a nossa fala e interferem na recepção da nossa mensagem, pelo outro (AMADO, 1978).

A comunicação também é um processo em desenvolvimento ativo. Buscar conhecer o que nele se passa permite melhorar nosso modo de utilizá-lo. Nossas habilidades em comunicação não são naturais, nossa experiência em comunicação é sempre aprendida. Quando nos comunicamos, aprendemos a fazê-lo de certa maneira e por certas razões. De certa forma, mudamos o outro e somos mudados pelo outro, quando nos comunicamos. E, ao convivermos, passamos a atuar uns sobre os outros. A comunicação é a base dessa ação recíproca, da relação entre o homem e o homem. Em nosso convívio diário, a comunicação com o outro não se realiza somente sobre fatos, ela também é influenciada por nossas atitudes, emoções e crenças. Trata-se de um aprendizado contínuo, no qual procuramos exercer influência sobre aquilo

que nos cerca (DIMBLEY, 1990).

A descrição a seguir apresentada, em relação às barreiras e facilidades no processo comunicativo durante a consulta de Pediatria, faz parte de um vasto material abordando a relação médico-paciente, a comunicação humana, o papel da mulher e da criança na Medicina e na sociedade. Neste espaço, priorizou-se uma introdução ao tema: comunicação na relação médico-paciente e a descrição e comentários sobre os resultados apresentados.

○ CENÁRIO

A unidade básica de saúde onde foi desenvolvido a pesquisa está situada em local de fácil acesso aos moradores da região. A salas destinadas ao atendimento pediátrico estavam dispostas logo na entrada da unidade e voltadas para um grande salão com paredes lisas, com alguns cartazes e avisos afixados. Havia uma ampla sala de espera, com compridos bancos de cimento para a acomodação dos usuários, uma área comum aos diversos tipos de serviços ali prestados. Nos consultórios de pediatria, existia uma familiaridade com o perfil da infância. Suas paredes internas eram coloridas, exibindo motivos de decoração infantil, o que os diferenciava dos demais recintos da unidade. A sala de consulta era clara, limpa, mas pouco ventilada. Havia um ventilador de teto, porém não totalmente silencioso. Além da mesa destinada ao exame da criança, faziam parte do mobiliário a mesa e a cadeira do médico, assentos disponíveis para a mãe e mais um acompanhante e um armário para guardar amostras de medicamentos e outros objetos. O material necessário ao exercício da atividade pediátrica - gráficos, blocos de receituário, fichas, estetoscópio e balança - estava disponível.

Durante longo tempo, pôde-se verificar, na prestação da assistência médica, a presença de consultórios totalmente desprovidos de qualquer atrativo. Pouco espaçosos, com mobiliário escasso e salas de espera sem nenhuma particularidade. Nesse local, aguardava-se o atendimento médico após o contato inicial com a secretária. Hoje, com a crescente humanização dos ambientes de trabalho, pode-se notar a enorme transformação ocorrida nesses locais. Consultórios, hospitais e clínicas investem em ambientes agradáveis, com amplas salas de espera, climatizadas e informatizadas, com bonitos quadros em suas paredes, televisão ou som ambiente e recepcionistas treinadas para uma adequada abordagem ao cliente. O consultório de pediatria, há muito

tempo, já se enquadra nesse último modelo, devido a uma percepção de que o temor relacionado com as doenças e com os recursos empregados em seu diagnóstico e tratamento influenciavam os pais a repassarem aos seus filhos uma imagem ruim do ato médico e do ambiente que o cerca. Assim, os livros de pediatria sempre apontaram a necessidade de se acolher a criança, logo no primeiro momento, quando se trata de sua ida ao médico. Ao entrar na sala de espera, ou no ambiente destinado ao atendimento, nada do que a criança vê deveria lembrar uma sala de atendimento médico.

Essa preocupação com a criança e o seu bem-estar vem do fato de que esta, há muito tempo, deixou de ser vista como um ser, cujo único destino era a perpetuação da espécie.

,Na história social da infância, percebe-se que, dia após dia, a criança foi alcançando uma importância cada vez maior perante seus pais e a sociedade que, ao verificarem o quão seria inútil sua morte prematura, procuraram resguardá-la. Viu-se, também, que o Estado, temendo o enfraquecimento da nação por perdas precoces de vidas humanas, fez sua intervenção no sentido de proteger a infância com algumas ações: introduziu a medicina no âmbito familiar e institucionalizou a escola. Tentou, assim, modificar uma situação de abandono em que se encontravam as crianças. Com a função de normatizar condutas, inseriu o médico no contexto da estrutura familiar, ao mesmo tempo em que procurava atuar sobre a grande massa de excluídos, ditando normas de higiene e de saúde (PRIORE, 1991).

No início, determinou a criação das casas de expostos, incentivando a sua ampliação para, mais tarde, promulgar leis de proteção à infância. Nem sempre conseguiu a otimização daquilo que pretendia, mas o que se pôde observar foi que a criança ascendeu em importância na estrutura social e hoje se constata uma grande preocupação com o seu acolhimento em todas as atividades com ela relacionadas, inclusive, levando-se em consideração as particularidades específicas de cada faixa etária.

Nos consultórios de pediatria nos deparamos com secretárias treinadas para serem pacientes e atenciosas, e salas de espera cheias de mimos: com quadros, mesinhas, cadeiras, jogos, bonecas e carrinhos, papel e lapiseiras coloridas. Vemos banheiros vistosos, com bancadas para a troca de fraldas e utilitários adaptadas pra o uso infantil. No momento do exame, faz-se de tudo para conquistar o apreço do pequeno paciente. Utiliza-se estetoscópio colorido e abaixadores de língua com cheiro e gosto agradável. Enfim, tudo é planejado no sentido de conseguir a atenção da criança e, por conseguinte,

toda essa forma de comunicação também irá conduzir a um impacto positivo junto à mãe, que será capaz de sentir-se menos tensa e angustiada ao se deparar com um ambiente mais aconchegante.

AS INTERFERÊNCIAS NO PROCESSO COMUNICACIONAL E NA INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DURANTE A CONSULTA

As interferências externas e as barreiras físicas.

Durante a observação das consultas, pôde-se notar que não existiu uma interposição de objetos entre a linha de visão da mãe e a das médicas, entretanto, no decorrer das consultas, foram notadas interrupções no atendimento. Algumas vezes ocasionadas por funcionários da unidade que entravam no consultório para requisitar algum tipo de informação às médicas, e outras vezes devido à necessidade de uma pediatra, também preceptora, interromper momentaneamente o atendimento realizado pelas médicas residentes, para inteirar-se do caso clínico e fornecer as orientações cabíveis. Podemos dizer que nesses casos, a comunicação pediatra-mãe sofreu a interferência das chamadas barreiras externas que podem ser devidas a fatores relacionados com a própria organização do serviço, ou provocadas pela própria criança: o alvo da atenção que, muitas vezes nesse instante, devido à sua idade, não consegue ficar quieta por muito tempo, necessitando de algum recurso que prenda a sua atenção. O barulho em torno de uma conversa, também age como um filtro no contexto da comunicação. Uma verdadeira barreira física impedindo a recepção de mensagens. Durante o trabalho de campo, pôde-se constatar a realização de atividades educativas, na grande sala de espera que é o vão central da unidade, e isso foi citado nas entrevistas como uma barreira na construção do diálogo entre pediatra e mães, devido ao burburinho que provocava. Os fatores acima relacionados atuaram no processo comunicacional de forma sempre inibitória, como pode ser verificado nestes registros:

— Porque você tá ali explicando um negócio para o médico, aí a pessoa entra, começa a conversar com o médico, aí o médico pergunta tudo de novo, né? Acho que atrapalha, né? (P.C., 20 anos, primeiro filho).

— Consegui dizer tudo. Tudo. Nada atrapalhou, só ele mesmo (D.H.B., 29 anos, três filhos).

— Só por causa do barulho, muita criança do lado de fora, muita gente, tem hora que a gente não dá para escutar direito a doutora falando (J.S.F., 18 anos, primeiro filho).

○ contato inicial entre as pediatras e as mães

A observação das consultas mostrou que as médicas tinham por hábito sorrir ao recepcionarem as mães, entretanto não as recebiam na porta, chamavam pelo nome ou pelo número da criança a ser consultada e permaneciam sentadas aguardando a entrada da mãe no recinto. Também não se apresentavam, porém algumas mães já conheciam a médica preceptora, de consultas anteriores. Outro detalhe notado foi o de um cumprimento introdutório realizado na maior parte das vezes de forma oral, não sendo oferecido o aperto das mãos. Em relação a esse fato, foi pontuado por uma mãe que essa iniciativa deveria sempre partir do médico. “Se ele é que está atendendo a gente, quem tem que dar a mão à gente é ele, e não a gente” (P.N.R., 19 anos, dois filhos). Assim, se o médico não estende sua mão, o que se observa é que a mãe se retrai e raramente insinua esse procedimento. Interroga-se se o status de superioridade, ainda relacionado com a figura do médico nessa relação, seria o responsável pela inibição de uma atitude tão habitual e corriqueira em outras circunstâncias do convívio diário.

Nos relatos que se seguem, pode-se verificar que a postura adotada pelo médico, na recepção e no início do atendimento, é de imediato percebida pelas mães, podendo influenciar o comportamento delas durante a consulta.

— Ah!, o sorriso. Transmite confiança para a gente. Vê que a pessoa está com boa vontade de te atender (I.B.M., 25 anos, dois filhos).

— Ela não sorriu. Eu dei bom-dia, quando eu entrei. Aí, acho que por isso, ela me deu. Mas eu sempre dou bom-dia (L.S.D., 21 anos, primeiro filho).

— Cara feia. Parece que aquele dia ele está de mau humor, que não quer atender ninguém. [...] já aconteceu isto aqui (P.N.R., 19 anos, dois filhos).

— Ah! isto eu sempre cumprimento ela, e ela me cumprimenta. Mas ela nunca olha para a gente, eu tenho a sensação, assim, de que ela nem me conhece. Eu nunca vi esta médica sorrindo. Eu acho que melhora até seu ânimo. ○ aperto

de mão é importante, porque inspira confiança. O médico que passa confiança para a gente. Se ele não passar, como a gente vai ficar? (P. C., 20 anos, 1º filho).

— Eu não tenho do que reclamar. Ela é alegre, amiga. Sorriu. [...] Eu sempre gostei dela, ela é gentil, educada (D.H.B., 29 anos, três filhos).

Em uma situação face a face, pode-se notar, durante o período inicial de busca de aproximação com o outro, que os interlocutores costumam se avaliar reciprocamente. Tenta-se descobrir, por meio de um simples gesto, olhar, ou sorriso, se há ou não demonstração de interesse. São sinais transmitidos mesmo quando não se está falando, e uma significativa parte daquilo que se percebe no outro provém desse tipo de comunicação. Em uma relação interpessoal, os aspectos não-verbais da comunicação (a linguagem do corpo, o tom de voz, o vestuário) são muito importantes. São sinais que as pessoas procuram detectar, ao se encontrarem pela primeira vez, e representam uma forma de avaliação do outro. Eles têm peso nessa avaliação e terminam influenciando o curso de uma conversa (DIMBLEY, 1990).

A comunicação não-verbal, quando utilizada de forma apropriada, permite construir e manter boas relações. Os sinais não-verbais expressam quais são os nossos sentimentos e nossas atitudes com o outro. A postura de nosso corpo pode indicar uma animosidade, uma neutralidade ou acolhimento. Em geral, um discreto afastamento em relação ao outro demonstra boa educação, e uma postura não rígida pode indicar confiança. O grau de intimidade entre duas pessoas pode ser percebido pela proximidade do corpo. Habitualmente, entre pessoas amigas, ocorre uma invasão no espaço do outro, entretanto o significado da proximidade corporal varia conforme as regras sociais e culturais da população, acontecendo o mesmo com os demais sinais não-verbais. A expressão do rosto na comunicação frente a frente é muito importante. Ela nos revela modos e emoções, enquanto o toque diz muito sobre status e grau de amizade. O toque é um poderoso aliado no relacionamento humano. O ser tocado, por outra pessoa, sempre nos faz sentir amigos (DIMBLEY, 1990).

Um trecho da poesia de Phyllis K. David (1996) ilustra bem a importância da estimulação cutânea, por exemplo, no contato entre o médico e o paciente:

Se sou seu paciente, por favor, me toque.

O contato de sua mão me diz, que você compreendeu minha aflição.
 Eu sei que você não pode tudo.
 Mas seu afago me dá a certeza, de que você está ao meu lado.
 Isso pode me curar.
 Não tenha medo.
 Apenas me toque.

Outro aspecto não-verbal da comunicação é o vestuário. A vestimenta pode dar indícios sobre a identidade das pessoas e de certos grupos. O vestuário traz conotações sobre a personalidade, a situação, o status e o trabalho dos indivíduos. Associa-se o avental à dona de casa, os carros de luxo a pessoas importantes, roupas coloridas e brilhantes à gente extrovertida e também identificamos pelas vestes os soldados, os padres, etc. A cor branca no vestuário esteve por muito tempo relacionada com a profissão do médico, e hoje ela também está inserida no contexto de outras tantas atividades.

Em nossos dias, no âmbito da atuação multiprofissional no setor saúde, considera-se importante que, ao fazer uso do traje na cor branca, o profissional identifique também seu ramo de atividade para o usuário, pois, assim, contribui para uma maior e melhor divulgação das atribuições e competências relacionadas com cada categoria, colabora no reconhecimento da população sobre as práticas interdisciplinares no campo da saúde, permite ao usuário identificar quem, ou quais categorias profissionais estão se responsabilizando pelo seu cuidado, além de acrescentar graus de autonomia e favorecer a cidadania da população quando da utilização e avaliação dos serviços.

Na pediatria, o uso da veste branca ainda é motivo de discussão em trabalhos que tentam conhecer a opinião de pais e crianças sobre a sua influência na relação médico-paciente. Neste estudo, o vestuário utilizado pelas médicas não obedecia a um padrão comum. Algumas faziam uso da roupa branca ou do jaleco branco, enquanto outras estavam vestidas com trajes informais. Por ocasião da coleta de dados, uma das mães expressou seu ponto de vista em relação ao uso da roupa branca pelo médico com a seguinte colocação: “ Ele fica mais identificado” (D.H.B., 29 anos, três filhos). Alguns trabalhos mostram que não há uma unanimidade quando se tenta relacionar o uso da roupa branca com uma maior ou menor receptividade por parte da criança em relação ao profissional. Em pesquisa realizada no exterior, utilizando o recurso da fotografia, cinquenta e quatro por cento (54%) das crianças entrevistadas tinham preferência pelo médico com o

avental branco, demonstrando que o medo causado pela cor da roupa já não prevalece. Entretanto, ao ser perguntado aos pais se os médicos deveriam usar o avental branco, noventa por cento deles (90%) disseram que não, resposta contraditória à opinião de seus filhos. Um outro trabalho revelou que as crianças consideravam os médicos com vestimenta mais formal como aqueles mais competentes e preocupados, associando os informalmente vestidos aos mais amistosos (SANTORO JÚNIOR, 2000).

Segundo Marcondes (1980) a imagem do médico para a criança pode não ser nada boa, pois freqüentemente ela ouve frases como: “Se você não comer, eu chamo o médico para te dar uma injeção”; “Se não tomar banho, levo você para o hospital”. Assim, a criança passa a acreditar que o médico é uma pessoa malvada e que o seu consultório é um lugar para ser evitado. O uso do vestuário na cor branca também está incorporado à imagem que a criança tem dos médicos. Na opinião desse autor, o apresentar-se em trajes comuns contribuiria para a quebra do protocolo, do formalismo dessa ocasião e permitiria um melhor desenvolvimento da relação pediatra-criança.

Em uma pesquisa com mães que acompanhavam seus filhos internados em uma enfermaria de Pediatria, observou-se, em um dos relatos, que a utilização do vestuário na cor branca permitiria uma melhor identificação do médico, dentre as demais pessoas no serviço, mostrando que, no imaginário da população, essa cor ainda está fortemente associada à figura desse profissional. Outro depoimento destacou que o mais importante não é o traje, mas sim o fato de poder contar com a presença do médico nos serviços de assistência à saúde, revelando um desejo por parte da população de ser assistida por esse profissional durante o seu adoecimento.

O momento da entrevista

Nas consultas médicas, observa-se um roteiro: a realização da entrevista, do exame físico, a elaboração do diagnóstico e a prescrição com as recomendações. A consulta de pediatria não foge a essa regra. É muito comum, no início do atendimento pediátrico, a mãe informar, ou o médico perguntar, se está trazendo a criança para uma consulta de puericultura ou pediatria preventiva (de rotina, como elas mesmas informam) ou devido a uma doença, ou agravamento à saúde. Neste estudo, foi observado que, durante as consultas de rotina, a anamnese se iniciava após um período de conversação informal entre a pediatra e a mãe, e também de brincadeiras com a criança.

Entretanto, quando as consultas estavam relacionadas com a existência de patologias, notou-se, desde o início, um direcionamento no diálogo, por parte das médicas. Identificou-se, nesses casos, uma necessidade quase que imediata do profissional de utilizar a anamnese dirigida em sua comunicação com a mãe. Tanto nas consultas de rotina, quanto naquelas relacionadas com a presença de doença e ou agravos à saúde, pôde-se notar que a continuação da entrevista seguia um padrão que se assemelhava ao aprendido na graduação: o seguimento a um roteiro preestabelecido, o qual muitas vezes não permite que a mãe coloque de imediato sua real preocupação. Na maior parte das vezes, tem que aguardar uma série de perguntas dirigidas para então, se posicionar.

Perestrello (1982) estava atento a um aspecto importante da relação médico-paciente. Em sua opinião, o médico para ser terapeuta, deve ao menos ter apreço pelo paciente, e para isso é necessário algo mais do que lhe fazer perguntas, examiná-lo e prescrever um medicamento. Deve-se respeitar a individualidade da pessoa, começando pelo fato de ouvir o que ela tem a dizer. As declarações do paciente, mesmo que a princípio pareçam dispersas ou supérfluas, podem proporcionar ao médico uma visão muito significativa da pessoa doente. É mais, no decorrer de uma anamnese não dirigida, freqüentemente o paciente informa dados que permitem clarear e elucidar a condição mórbida, possibilitando ao médico um diagnóstico mais acurado. Assim, ao lado de uma anamnese dirigida, que permite a correlação dos dados conduzindo a um diagnóstico da doença, dentro de uma relação explicativo-causal, o médico deveria disponibilizar um tempo para deixar o paciente se expressar, e assim poder captar nuances da pessoa que está doente.

Esse pesquisador coloca que a utilização exclusiva de um interrogatório dirigido é prejudicial ao próprio modelo naturalista, pois o médico, ao utilizar um esquema preestabelecido, tende a enquadrar o paciente em uma doença “coisificando-o”, perdendo, assim, uma oportunidade de estimular o seu espírito investigativo, ao não considerar novos dados, que lhe podem ser ofertados com a anamnese não dirigida. Deixa, inclusive, de estabelecer com o paciente um relacionamento pessoal mais satisfatório e mais eficaz do ponto de vista terapêutico, pois, ao não acolher as suas opiniões, torna diminuto o seu apreço em relação ao paciente. Sempre que o médico estabelece com seu paciente um relacionamento pessoal satisfatório e eficaz do ponto de vista terapêutico, este tende a procurá-lo menos vezes e também melhor acolhe as orientações dadas.

Assim sendo, o médico deixa de ser visto como um inquisidor durante o

interrogatório dirigido e poderá, após o momento inicial de uso da anamnese não dirigida, concluir seu raciocínio formulando poucas perguntas, ao tentar colocar o quadro apresentado dentro do modelo explicativo-causal. A anamnese não dirigida propicia ao médico uma riqueza de dados, e quanto mais experiência profissional e humana ele tiver, maior importância dará a essa etapa do atendimento. O profissional experiente, apenas com a anamnese, terá mais de meio caminho andado para formular o diagnóstico e estabelecer com seu paciente uma relação boa, que já se inicia com própria anamnese.

Ainda segundo esse educador, no momento da entrevista, a atitude e a expressão fisionômica do médico podem demonstrar atenção, interesse e acolhimento às palavras do paciente. É importante que, durante o diálogo com seu paciente, o médico tenha em mente a importância dos aspectos não-verbais da comunicação, pois, muitas vezes, pode-se descobrir a chave para a resolução de um problema ao se criar um clima no qual se pode ouvir e extrair da fala do paciente e melhor forma para a condução da terapia proposta.

Nossos relacionamentos na vida social e no trabalho dependem da comunicação e, nesta, do uso das palavras. Elas permitem o raciocínio e representam a forma mais usada para descrever e discutir o que sentimos. A linguagem falada é utilizada para descrever idéias e emitir opiniões e argumentos. A fala é rápida, imediata, flexível e envolve tudo aquilo que está no mundo da mente. Não exige nenhuma ajuda tecnológica. Qualquer um tem essa habilidade. Entretanto, a fala também faz parte de uma cultura. O idioma, ou língua de um determinado local, é elaborado de acordo com cada cultura e está impregnado por crenças, idéias e objetos próprios, podendo ser familiares a uns, estranhos para outros. Existem dois principais códigos ou registros da fala: um que corresponde à fala correta e cuidadosa da língua, sendo utilizado nas ocasiões formais ou quando há necessidade de precisão ou lógica, e o outro, que corresponde ao da fala casual e despreocupada utilizado em nossas ações do dia-a-dia (DIMBLEY, 1990).

Durante uma entrevista realizada com um casal, o pai, que acompanhava sua filha ao pediatra, conseguiu demonstrar, com sua ponderação, a profunda insatisfação que ocorre no outro, quando não conseguimos compreender o que ele diz, por não considerarmos as suas origens:

— Se ele for trabalhar para uma classe mais elevada, sofisticada, tudo bem, ele pode falar esse nome, mas se ele vai trabalhar com pessoas mais humildes, ele tem que falar com as palavras mais simples possíveis que pude, porque ele, falando

assim, quer dizer, o que acontece: aquela pessoa vai para casa entendendo o que é aquilo, e vai fazer uma receita com um medicamento mais completo, com certeza. Se for aqui, por exemplo, no bairro de Santo Antônio, já é um pessoal com uma classe, um nível de cultura. Mas, se você partir lá para Flexal, tem pessoas que leva a criança e que chega lá, ela se depara de frente com o médico e não tem nem palavras para dizer o que que o menino tem. Então, é muito importante que o médico seja mais humilde em determinado bairro que ele esteja atendendo, porque eu já levei minha mãe, por exemplo, eu a levei num médico ali em Vitória, na Praia do Canto, há um tempo atrás, numa consulta particular, cara, e ela chegou e falou para o médico: 'Doutor, eu quero te contar um 'causo'. Aí ele fez de conta que não entendeu, né? Ah! Um 'causo'?. Aí eu falei: 'Mas, doutor, eu acho que dá para o senhor entender o que ela quis falar para o senhor. Ela queria contar o que está se passando [...] (E. R., pai).

A fala também é um código de sinais regulados por convenções, e aquilo que qualificamos de linguagem, seja português seja inglês, é chamado de código primário de comunicação. Aprendemos esse código bem cedo, para satisfazer a nossa necessidade humana de falar. Já os códigos secundários correspondem aos dialetos e à linguagem utilizada especificamente em determinadas profissões. Entretanto, a utilização dessa linguagem técnica pode dificultar o diálogo com a mãe. Muitas vezes, a não familiaridade materna ao uso da terminologia específica da área médica leva a um esquecimento do nome da doença apresentada pela criança. Outras vezes, é o médico quem contribui para que isso ocorra, pois nem sempre informa pelo nome a patologia existente, conforme os relatos a seguir:

— Ela falou o que, que era, mas eu não entendi. Eu acho que é alergia à picada de inseto. Ela me explicou direitinho... Ela usou palavra fácil. Eu entendi tudo. [...] eu não entendi o nome (D.H.B., 29 anos, três filhos).

— Não, ela não me disse, ela só pediu exames (L.S.D., 21 anos, 1º filho).

— Ela falou só que era fungo e, para melhorar, passar a pomada durante um mês e colocar no sol (L.S.G., 18 anos, primeiro filho).

— Diz ela que é uma tosse, só. Ela nunca explica, e quando eu pergunto, ela sempre fala: 'Ah! , não é nada importante, não (P.C., 20 anos, primeiro filho).

Quando perguntado às mães se a linguagem utilizada pelas médicas dificultou a conversação, a maioria das respostas foi que não. A fala empregada foi facilmente compreendida. Problemas ocorreram não pelo uso das palavras, mas por um ressentimento originário da falta delas, observado nestas transcrições:

- Nada impediu, linguagem fácil, foi fácil conversar com ela (L.S.G., 18 anos, primeiro filho).
- Acho que sim, um pouco de vergonha, fácil, entendi tudo (J.S.F., 18 anos, primeiro filho).

- Não, ela não falou muita coisa. Pelo que ela falou, eu entendi. Mas ela não chegou a falar. Mas, eu acho que ela escreveu foi muito, em vez de falar e conversar (L.S.D., 21 anos, primeiro filho).

Outras vezes o médico precisa estar atento para que as rotinas de serviço não prejudiquem o diálogo com a mãe. Em alguns casos, verificou-se neste estudo uma necessidade imediata das mães se expressarem, entretanto ocorreu um bloqueio à sua fala originado pela preocupação da pediatra em proceder ao registro dos dados, tanto os relacionados com a consulta, quanto os demais exigidos pela instituição para o monitoramento da assistência. Isso determinou estas queixas:

- Eu chego lá, ela pega e escreve no prontuário que ela tem lá, uma folha de chegada que ela tem lá, escreve o nome da minha filha, um monte de número lá, tal e tal (B.G., 21 anos, primeiro filho).
 - Eu tenho a sensação de que, quando eu estou conversando com ela, ela num tá ouvindo, porque ela nunca olha para a gente. Ela passa o tempo todo escrevendo (P.C., 20 anos, primeiro filho).
 - Ela nem deixa a gente falar, já vai escrevendo [...] (I.B.M., 25 anos, dois filhos).
- Acho que o médico devia conversar primeiro com a gente, depois anotar o que tem que anotar, né? Porque a gente se sente falando sozinha, porque a pessoa não olha. Eu gosto de conversar com uma pessoa olhando para mim. Não gosto de conversar com uma pessoa e a pessoa estar escrevendo. Parece que não está prestando atenção, né? (L.S.D., 21 anos, primeiro filho).
- É que, às vezes, a pessoa que começa a falar, por exemplo, quero questionar uma coisa e noto que não estou sendo bem atendido. Não está me dando

aquela devida atenção, aí você também já esquece outros assuntos que você gostaria de falar naquela consulta. Por exemplo, na última vez que eu consultei lá, quando eu comecei a falar que aquele médico ele começou a escrever me deu vontade de falar: Doutor, se o senhor parar de escrever, a gente vai conversar, né?... Mas aí eu peguei e fiquei quieto, saí e joguei a receita dele fora (E.R., pai).

Aqui se observa o quanto seria interessante, se o profissional, no tempo quase sempre limitado da consulta, tentasse conjugar essas ações, procurando deixar um espaço para a mãe falar, acolhendo suas palavras e também realizando o registro das informações pertinentes, buscando sempre a conscientização sobre a importância desses registros no prontuário e as demais anotações para a avaliação e implementação dos serviços de saúde.

O momento do exame

Durante esta etapa da consulta, não se observou nenhuma objeção à fala materna, seja para perguntar sobre eventuais dúvidas em relação aos sintomas apresentados por seu filho, seja quando a mãe interferia apontando as alterações físicas que observava na criança. Porém, sua participação, durante a realização do exame físico, esteve sempre determinada à apreciação médica. Essa colaboração tanto podia ser indicada por uma sentença, que lembrava uma ordem, quanto por uma solicitação. Indicava-se à mãe para colocar a criança na mesa de exame e despi-la, algumas vezes auxiliada pela pediatra.

Em uma pesquisa exploratória realizada no início deste trabalho, envolvendo uma equipe de docentes e preceptores de pediatria, pôde-se constatar que alguns desses profissionais sentem-se melhor, quando primeiro examinam a criança sem nenhuma interferência, e depois conversam com os pais (BRANDÃO, 2000). Entretanto, a análise das entrevistas maternas evidenciou que, para as mães, o diálogo nessa ocasião também é importante. Segundo elas: “[...] em todos os momentos a gente deve estar perguntando. [...] a gente fica sabendo o que o nenê tem (L.S.G., 18 anos, primeiro filho).

Freqüentemente, na educação médica, o treinamento dos alunos, nessa etapa da consulta, é direcionado para a relação pediatra-criança. São enfatizadas as habilidades necessárias para se conseguir a atenção da criança e

sua colaboração no exame. Com paciência, carinho, respeito e determinação, primeiro se procura inspecionar para, em seguida, ir aos poucos transpondo as barreiras das peculiaridades anatômicas e da resistência natural da criança (MARCONDES, 1985). Porém, muitas vezes se esquece de um fato importante: a inclusão da mãe nesse processo. Nessa hora, ela pode contribuir auxiliando o médico nas manobras necessárias ao exame, pode apontar sinais ou referir sintomas que facilitam a elucidação do diagnóstico e, ao mesmo tempo, pode ser informada sobre o estado de saúde de sua criança, recebendo também esclarecimentos a respeito dos principais sinais de alarme, ou de gravidade em relação à doença existente. Com certeza, a criança se sentirá mais segura com a mãe por perto, e o pediatra receberá seu valioso apoio, nessa ocasião.

No momento do exame físico, a comunicação não-verbal, evidenciada na postura do pediatra em frente à criança e à mãe, também é capaz de exercer influência na interação pediatra-mãe-criança, de uma forma benéfica, ou prejudicial, conforme destaque dado nestas falas:

— Não sei se é porque ela é mais velha, e a doutora X é mais nova, então... ela não brinca com a criança, ela não olha, ela num... Ah! Eu achava que toda doutora tinha que brincar, já que é para cuidar de criança, brincar com a criança, que, assim, a criança não chora, porque, quando a criança chora, eu acho que até atrapalha a doutora. Então eu acho que ela deveria brincar mais, conversar com ele[...] (P.C., 20 anos, primeiro filho).

— Criança gosta sempre que você brinque, que você mexe, que fica feliz. O que adianta se você bota uma criança em cima da mesa e vira para cá, vira para lá, examinou e num dá um sorriso, não brinca com uma criança. Acaba a criança nunca se acostumando com seu médico (I.B.M., 25 anos, dois filhos).

— Eu gostei do jeito dela, do jeito que ela tratou, do jeito que ela cuidou, ela olhou a criança tudo. Eu gostei. Ela brincou com a nenê, ela olhou ela, ela conversou com ela, ela tratou ela superbem. Ela foi calma, porque a nenê estava nervosa, porque ela cuidou da minha filha, ela inspirou confiança em mim, se tornou responsável (J.S.F., 18 anos, primeiro filho).

— Ela olha ele todinho, fica olhando, conversa, manda a gente conversar com ele. Isto faz bem para mim e para ele. Eu me sinto muito bem com ela. Ela é legal (U.S.G., 18 anos, primeiro filho).

Foi percebido, nas opiniões emitidas, que, para as mães, este aspecto

da comunicação, o código não-verbal, é o maior responsável por uma adequada comunicação médico-paciente, refletindo na interação e satisfação com a consulta, muitas vezes até minimizando possíveis falhas ocorridas no atendimento, como pode ser verificado a seguir:

— Sempre gostei da doutora. Ela tem mais cuidado, ela tem assim: ela chega, olha, olha tudinho como é que está. Agora, uma falha dela, foi que ela não tinha visto o dentinho dele saindo. Que ela falou assim, para min não se preocupar que o dentinho dele ia sair mais tarde, aí eu falei: “Não, a senhora está enganada, o dentinho dele já saiu?”. Aí ela, então, disse que era normal e que ia continuar saindo os outros... Ela esqueceu de olhar, mas eu mostrei a ela e não atrapalhou o resto da consulta (L.S.G., 18 anos, primeiro filho).

Após a realização do exame físico, o pediatra conclui seu raciocínio elaborando um diagnóstico e expondo-o para a família. Neste estudo, ao final do exame, as médicas, dependendo do quadro clínico apresentado, passavam a fazer um relato sobre o adequado estado de saúde da criança, ou explicavam o problema existente. Algumas informavam o nome da patologia encontrada. Considera-se essa etapa de fundamental importância, pois é nesse ponto que uma comunicação verbal adequada poderá auxiliar na aquisição de maior grau de autonomia por parte do paciente, em frente ao cuidado em saúde. Quando o profissional, mesmo sabendo da dificuldade às vezes existente para se entender e guardar aspectos relacionados com o problema, tais como: o nome da doença, a causa, os sintomas e o tratamento a ela associada, não se furta a fornecer essas informações, de uma forma compreensível e verossímil, estará contribuindo para que isso ocorra. Quantos já não ouviram mães reclamando que, para o pediatra, tudo se trata de uma virose. E, às vezes mães que detêm um esclarecimento maior sobre as questões de saúde ficam um tanto quanto revoltadas, quando o médico assim explica um quadro de diarreia acometendo seu filho: “É uma gripe no intestino”.

O momento da prescrição

Essa é a parte final da consulta: a da prescrição com as recomendações específicas a cada faixa etária. Observou-se, neste estudo, que certas vezes as informações sobre medicamentos e seus horários eram fornecidas ao mesmo tempo em que se fazia a prescrição. Outras vezes, a médica, em silêncio,

primeiramente escrevia, para logo a seguir transmitir as orientações. Notou-se, ainda, em algumas consultas, uma postura de associar o aparecimento de problemas a prescrições e recomendações não seguidas. Por outro lado, também foi percebido que, em todos os atendimentos, as pediatras procuravam sempre perguntar às mães se ainda restavam dúvidas quanto às informações recebidas, ou se desejavam falar algo mais sobre a criança, e tratavam de esclarecê-las antes de elas deixarem o recinto. De forma geral, a prescrição de medicamentos e as orientações sobre os cuidados próprios a cada idade eram escritas em uma mesma folha do receituário. Percebeu-se que as mães tinham por hábito não ler a receita. Prestavam atenção à fala da médica, recebiam e guardavam a prescrição. Ao final do atendimento, a despedida quase sempre acontecia mediante um cumprimento oral, sem o contato físico.

Marcondes (1980), ao tecer comentários sobre a prescrição pediátrica, apontou que boa parte do tempo de uma consulta (até 50% em alguns casos) é destinado à redação da prescrição e à orientação aos pais. Lembra a enorme importância do trabalho mental do pediatra na elaboração do diagnóstico e o respectivo tratamento, mas pondera que a plena utilização desse trabalho para o bem-estar da criança depende de uma prescrição completa, esclarecedora, educativa, bem redigida e, evidentemente, legível. Quando a mãe sai do consultório e leva para casa a prescrição, esta passa a representar a figura do pediatra durante todo o tempo em que estiver presente no domicílio da criança. Também será capaz de servir de instrumento de defesa para o pediatra, pois tudo o que ele propôs para ser realizado ali está registrado.

Poderiam ser utilizados dois tipos de formulários: um para a prescrição dos medicamentos a serem adquiridos (o tradicional receituário), e outro para a descrição das orientações aos pais. Ao citar a prescrição completa, costuma dividi-la em quatro partes: alimentação, imunização, medicação e orientação. Tudo deveria ser escrito: técnicas de aleitamento, horário das refeições, introdução de novos alimentos, vacinas a serem aplicadas [...]. Com clareza, seriam prescritos os nomes dos medicamentos, doses, horários e as recomendações pertinentes. Também não seriam esquecidas as orientações sobre a pediatria preventiva e sobre as possíveis alterações a serem observadas no comportamento da criança, que freqüentemente assustam os pais, e quase sempre estão relacionadas com o seu desenvolvimento normal. Por exemplo, alertando os pais no sentido de economizarem “os não pode”, dos dezoito até os vinte e um meses, por ocasião da fase de negativismo e rebeldia da criança.

Indica que tudo deveria ser redigido com frases claras, de períodos não muito longos e com letra legível. Acrescenta ser muito importante a entrega da prescrição para a mãe, para que ela faça a sua leitura e veja se compreendeu tudo. O que não foi entendido seria novamente explicado pelo médico, que pedirá notícias caso tudo não ocorra como o desejado e previsto. Assinala um outro cuidado a ser tomado, o da prescrição de medicamentos sintomáticos com horários fixos, pois a febre não sabe disso e pode aparecer fora da hora esperada, e recomenda a adequação do receituário nos casos de existirem medicamentos menos dispendiosos e de administração menos incômoda.

O pediatra também poderá minimizar um aspecto negativo relacionado com sua prática profissional e que interfere na interação médico-paciente, o hábito de ditar normas de ação, ou seja, de proferir conselhos e exortações. Ao procurar respeitar as condutas maternas enraizadas nos hábitos e crenças relacionados com a origem cultural das mães, pode influenciar na forma pela qual elas se colocam em frente aos problemas associados à saúde e, aos poucos, em uma ação formativa, poderá modificar hábitos considerados inadequados e prejudiciais à saúde e ao bem-estar das crianças, sem melindrar os pais.

Outro aspecto muito importante com relação à comunicação é a linguagem escrita. Neste estudo, as mães demonstraram uma certa indignação à existência desse tipo de barreira no processo comunicacional como visto a seguir.

— Eu creio que eu vou entender, porque a letra dela é bem legível. Tem médico que escreve e você não entende nada, você tem que procurar o farmacêutico para ele te explicar o que está escrito na receita, porque você não entende. Eu estudei até a oitava série, e quer dizer, minha letra é de uma maneira, e o médico escreve os garranchos lá, e ninguém entende nada. Só porque ele é o médico? Tem que escrever legível para a gente entender! (D.H.B., 29 anos, três filhos).

— E, depois, eu acho erradíssimo isto aqui. Deveria ser até proibido. Proibido a pessoa escrever uma coisa que às vezes fica difícil até do próprio farmacêutico entender, né? Porque, se tá escrevendo um nome de um remédio, eu acho que seria muito importante, né? Escrever claro, né? Cê não vai escrever quando você vai prestar um vestibular? Você não vai fazer uma redação? Você não tem que escrever claramente? Né isso? Quem passa para um vestibular para Medicina é uma pessoa que tá bem, né? Em português (E.R., pai).

— Ah! Não dá para entender, não. Eu já passei um monte de aperto por causa

de não entender, né? ... (P. C. , 20 anos, primeiro filho).

A grande vantagem da escrita é a sua permanência. Ela armazena e guarda a mensagem. O receituário se transforma no “representante local” do médico na ausência deste, prolongando assim o contato pessoal iniciado com a família. Atualmente, os recursos da informática favorecem a compreensão do receituário, todavia nem sempre os serviços públicos de saúde disponibilizam ao médico o recurso do computador durante sua prática profissional. Portanto, na graduação, é importante enfatizar a escrita legível, a necessidade da leitura e da explicação do receituário aos pais, bem como certificar-se de sua compreensão. Outro fato relacionado com a linguagem escrita foi o observado no registro a seguir, em que o profissional não soube ou, devido ao número excessivo de consultas, não conseguiu utilizar o prontuário, como um instrumento de auxílio no diálogo com a mãe:

— A doutora que atendia ele, atendia desde que ele nasceu. Então ela sabe tudo. Na ficha está escrito tudo. Então quando você passa para outra doutora, ela nunca se preocupa em ler a ficha para saber o que a criança tem, e fica perguntando tudo de novo. [...] eu acho isto muito chato, é por isso que faz falta aquela médica que cuidou o tempo todo. Mudar de médico é muito ruim (P.C., 20 anos, primeiro filho).

Como vimos, os aspectos relacionados com a comunicação verbal e não-verbal a todo momento exercem influência na comunicação médico-paciente, interferindo na interação entre eles. Foram apontados ora como facilitadores e outras vezes trazendo prejuízo à comunicação. Pôde-se também constatar que as mães definem a especialidade pediátrica e a postura esperada nesses profissionais, pelos aspectos relacionados principalmente com a comunicação não-verbal, como observado a seguir:

— Eu acho que o pediatra é a segunda mãe da nossa criança, porque ele sabe do problema, ele sabe de tudo. Então, a partir do momento que eu vou no consultório para um pediatra consultar meu filho, tem que tirar a roupinha, tem que examinar, tem que dar aquele espaço para as pessoas poderem entrar e se comunicar, porque entre o pediatra e a mãe é uma amizade [...] (I.B.M., 25 anos, dois filhos).

— Por exemplo, [...] o primeiro filho, então eu não sei. Acho que ela devia

conversar, falar o que é para mim fazer, entendeu? cuidar dele, ensinar, [...] (P. C., 20 anos, primeiro filho).

— Tem mãe que não pega as coisas muito fácil, o médico fala, às vezes ela não entende direito, e acaba não cuidando daquela criança direitinho. Então este médico tem que ter mais paciência, mais tempo de explicar tudo certinho (L.S.D., 21 anos, primeiro filho).

— Tem que te tratar bem. Primeiramente, se interessar pelo paciente e olhar bem. Perguntar, examinar, conversar um pouco com você. Médico não é só médico e paciente, é amigo [...]. O médico tem que ser amigo do seu paciente. Quanto mais de uma criança! (I.B.M., 25 anos, dois filhos).

Ao procurar compreender melhor o processo da comunicação humana e seu grande propósito, que é a interação, faz-se necessário entender as relações de interdependência que se estabelecem entre o emissor e o receptor nessa ocasião.

Em todo ato da comunicação humana, inicialmente, ocorre uma interdependência física, já que fonte e receptor não podem existir um sem o outro. A seguir, observa-se uma interdependência de ação e reação em que a mensagem inicial vai influenciar a resposta que lhe é dada, e a resposta dada vai influenciar a resposta subsequente, em um mecanismo de feedback, de monitorização do efeito desejado. Em um terceiro nível de complexidade, a comunicação envolve as habilidades empáticas, ou seja, uma interdependência de expectativas. Uma tentativa de projeção no estado interno ou personalidade do outro, com a finalidade de prever como este se comportará e, com base nessa previsão, adota-se um papel durante a comunicação.

O nível final de complexidade interdependente é a interação: um processo de adoção recíproca de papéis, um desempenho mútuo de comportamentos empáticos, em que um se coloca no lugar do outro e procura perceber o mundo como o outro o percebe, tentando prever como o outro responderá. Se a meta da comunicação humana é a interação, todas as vezes em que participamos de uma situação interativa, nossa efetividade nesse campo tende a aumentar, pois, durante a comunicação, o que se tenta é uma conjugação de dois organismos, cobrindo-se a lacuna que existe entre os indivíduos, através da produção e recepção de mensagens que tenham sentido para ambos (BERLO, 1978).

Pôde-se observar, neste estudo, que o diálogo entre médicas e mães

às vezes se realizava apenas no plano da interdependência física e no de ação e reação, gerando o descontentamento observado nas falas maternas e, freqüentemente, envolvendo queixas relacionadas com a linguagem não-verbal, em que a postura do profissional no atendimento foi o fator preponderante. Em outras ocasiões, notou-se que, mesmo existindo algum tipo de barreira durante o processo comunicacional, tanto a mãe como a médica, juntas, ultrapassavam os dois planos já citados e, no exercício de suas habilidades empáticas, conseguiam promover a interação durante o processo comunicativo, propiciando o resultado final satisfatório da consulta.

Perestrello (1982) explicitou a importância de se estabelecer uma relação benéfica com o paciente, um encaixe benfazejo, pelo qual o médico não se torna iatropatogênico e, pelo enfoque dado à pessoa do doente, contribui para a resolução dos problemas de uma forma eficaz. Expôs que o médico, ao sair da faculdade, nem sempre tem presente em seu espírito que o paciente é um ser humano semelhante a ele, o médico e, quando solicitado vai munido dos conhecimentos adquiridos durante o curso e de seus instrumentos (estetoscópio, aparelho de pressão), que lhe permitem algum exame rápido. Também estará preparado para as perguntas necessárias e o exame dos órgãos. Com esses procedimentos, logo formula um diagnóstico nosológico e faz sua prescrição.

Poucos se lembram de que a palavra terapêutica (*therapeutike*) ou terapia (*therapia*), em sua raiz grega, não tem apenas o significado de curar, “[...] *terapeuta* é aquele que cuida de algo, alguém obsequioso, que serve, servidor”. Perestrello (1982) aponta a necessidade de se lembrar que o paciente procura o médico porque precisa de ajuda e que o estar doente já implica se sentir desamparado, sem proteção e preso a uma ansiedade, mesmo que a princípio não reconhecida pelo paciente, ele se sente desprotegido. O autor lembra que o médico elegeu sua profissão para ajudar o próximo e não deve fugir a esse encontro, ou falhar por não se inteirar de toda a situação logo nos primeiros contatos com o paciente. Assim, evita a frustração do paciente e configura uma adequada relação médico-paciente. O médico também trará consigo traços de personalidade que lhe são próprios e decorrentes de sua biografia e, como os pacientes, nesse instante, estará procurando encaixá-los em alguém. Portanto, deve tomar o devido cuidado para perceber a situação que está vivenciando, e não julgar apressadamente os fatos, induzindo com suas reações a um bloqueio na relação médico-paciente.

Na análise das entrevistas realizadas com as mães, pôde-se notar,

incorporado às suas falas, o desejo por uma consulta ideal que, em seu imaginário, e de acordo com suas colocações, estaria representada por um vínculo mãe-pediatra-criança. As mães procuram por segurança na tarefa de cuidar da saúde de seus filhos e esperam como orientador um profissional que não, necessariamente, precisa ser bonito, gracioso ou simpático. Mas desejam que ao menos seja cortês, solícito, que trate bem de seu filho, que o examine adequadamente e também possa compreendê-la nesse momento delicado e de angústia, que é o da presença da doença, que possa orientá-la, para obter o pronto restabelecimento da criança. No momento da consulta, mesmo que o profissional tenha problemas pessoais, isso não deve impedir a conversa com a mãe, o auxílio por ela solicitado.

As mães buscam “na consulta ideal” formar um vínculo com o médico e a instituição a que ele pertence. E essa interação pode ser conseguida com uma maior sensibilização desse profissional no implemento de suas habilidades, na área da comunicação humana, procurando identificar e eliminar as barreiras a uma comunicação adequada. Tanto aquelas condicionadas pelo aparato organizacional do local onde atua e as produzidas pelo uso inadequado das palavras e da postura, como também as que surgem pelas diferenças existentes de crenças, cultura e tradições.

Portanto, é fácil concluir que a graduação tem papel importante na construção de um aprendizado não só informativo, como oportunamente coloca o educador Marcondes, mas também formativo. Assim, deveria incorporar, nas várias etapas de seu curriculum, os conhecimentos também disponíveis em outras áreas, como: os da Psicologia, Sociologia, Antropologia e aqueles relacionados com a comunicação humana, no intuito de aprimorar o aspecto formativo do profissional médico, tanto nas clínicas básicas como nas especializadas e, principalmente, para sua atuação na atenção primária.

Caberia ao aluno de medicina não se furtar a esse aprendizado, procurando, ao lado de seu aprimoramento nos aspectos cognitivos específicos da ciência médica, incorporar outros saberes à sua atividade, ser um generalista em outras ciências, ou seja, buscar conhecimentos em outras áreas, não necessariamente em profundidade, mas que lhe possibilitassem melhorar a cada dia o exercício de sua prática. Assim, como citado no princípio deste texto, conjugaria a arte e a ciência médica pois, como afirma Perestrelo (1982, p. 148):

— Todo o ato médico é, conseqüentemente, um ato vivo, por mais que se lhe queira emprestar caráter exclusivamente técnico. Não existe ato puramente

diagnóstico [...]. Há algo nas relações humanas difícil de se descrever e é justamente isso o que as norteia: o que se capta da outra pessoa, o que vem de dentro dela. O verdadeiro médico, empenhado autenticamente em seu paciente, com um interesse humano real em ajudá-lo, será percebido como tal.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita Helena Najjar. **Armadilhas da comunicação**: o médico, o paciente e o diálogo. São Paulo: Lemos Editorial, 1996. p.159-171.

ALCANTARA, Pedro. Introdução ao estudo da pediatria. In: MARCONDES, Eduardo. **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1985. p. 25-70.

AMADO, Gilles; GUITTET, André. **A dinâmica da comunicação nos grupos**. Rio de Janeiro: Zahar. 978.

BERLO, David. K. **O processo da comunicação**: introdução à teoria e à prática. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOLTANSKY, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRANDÃO, Márcia Regina; MARGOTTO, Selma B. A relação médico-paciente e a comunicação na percepção de professores e preceptores do ensino universitário. In: **Seminário de Extensão e Pesquisa do Espírito Santo**, 2., 2000, Vitória. Anais. Vitória: UFES, 2000.

DAVID, P. AZAMBUJA, Roberto Doglia. A imunologia e sua importância na Dermatologia. Distrito Federal: **Dia Dois Comunicação**, 1996.

D'AVILA, Roberto Luiz. **A medicina e a sociedade: crises paradigmáticas**.

Medicina Conselho Federal, Brasília, ano XVI, n. 126, p. 9, fev. 2001.

DIMBLEY, Richard; GRAEME, Burton. **Mais do que palavras**: uma introdução à teoria da comunicação. São Paulo: Sumus Editorial, 1990.

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. A formação ética do médico e a perspectiva profissional. **Medicina Conselho Federal**, Brasília, ano XVI, n. 128, p. 8-9, maio/jun. 2001.

FERNANDES, Maria Esther; OLIVEIRA, José Eduardo Dutra. Em busca de novas propostas para o ensino médico: contribuição das ciências sociais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 3, p. 456-459, jul./set. 1998.

KIRA, Célia Maria; MARTINS, Milton de Arruda. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. **Medicina**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 407-413 out./dez. 1996.

KORSCH, Bárbara; GOZZI, Thel; FRANCIS, Vida. Gaps in doctor-patient communications. **Pediatrics**, v. 42, n. 5, p. 855-871, Nov. 1998.

L'ABBATE, Solange. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, Emerson et al. **Praxis en salud un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 267-292.

LOPES, Otacílio de Carvalho. **A medicina no tempo**. São Paulo: Melhoramentos, 1990.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria básica**. 7. ed. São Paulo : Sarvier, 1985.

_____. O paradigma do ensino médico. **Diálogo médico**. [S.l.: s.n. , 199-?].

_____. Diretrizes para o ensino da pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 6, p. 349-352, 1993.

_____. **O pediatra e sua clínica particular**. São Paulo: Nestlé - Serviço de

Informação Científica, 1980.

MOURA, José Valdez et al. Alguns aspectos da relação médico-paciente em pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 41, fasc. 9-10, p. 27-29, set./out. 1976.

NEVES FILHO, Almir de Castro. **A consulta pediátrica**: algumas reflexões. Documento científico do Departamento de Pediatria Ambulatorial - Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro, 2000.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

PESSOTTI, Isaias. A formação humanística do médico. **Medicina**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 441-443, out./dez. 1996.

PRIORE, Mary Del. **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1991.

PUCCHINI, Rosana Fiorini. Atendimento ambulatorial e o SUS. In: SAYEG, Dalva Coutinho; DICKSTEIN, Júlio (Coord.). **Manual de pediatria ambulatorial**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1995. p.17-24.

SANTORO JÚNIOR, Mário. Percepção visual de pais e crianças em relação aos médicos. **Correios da Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, ano 6, p.18-19, jan./fev./mar. 2000.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SUCUPIRA, Ana Cecília; INFANTE, Domingos Paulo; NOVAES, H. Maria Dutilh. A relação médico-paciente. In: BRESOLIN, Ana Maria et al. **Pediatria em consultório**. São Paulo: Sarvier, 1984. p. 15-24.

ZIMERMANN, David Epelbaum. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, Júlio. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 64-65.

INFLUÊNCIA DOS MÉTODOS CANGURU E TRADICIONAL NA CONCENTRAÇÃO DA IMUNOGLOBULINA A (IGA) SALIVAR E SÉRICA EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO

Silvana Lacerda Santos Reis
Maria Helena Costa Amorim

INTRODUÇÃO

O impacto do nascimento prematuro e/ou de baixo peso pode ser muito traumático para os pais, especialmente para as mães. Eles, usualmente, não estão preparados para esse evento e seu sentimento de dor e perda é tão intenso que, freqüentemente, têm dificuldade no enfrentamento da situação (BRADM et al., 1998).

Na época em que teve início a permissão para que as mães ingressassem na VTIN e tocassem seus bebês no berçário, Cramer (apud KLAUS; KENNEL, 1993, p. 199) conduziu um estudo sobre as reações das mães de recém-nascidos prematuros. Nesse estudo, a reação encontrada mais freqüente foi a baixa auto-estima, caracterizada pelo sentimento de capacidade inferior de ser mãe, sensação de perda de uma parte do corpo e de uma incapacidade de acreditar que o filho é real. Foi, também, identificado que todas as mães de recém-nascidos prematuros expressam sentimentos de culpa e sofrem um luto antecipado, devido à separação abrupta que o parto prematuro impõe.

Vários estudos seguiram mostrando que a maioria dos pais está sob uma tensão emocional severa. Harper et al. (1976) verificaram que, mesmo quando se permitem que os pais tenham um contato íntimo com seus bebês, esses pais apresentam uma tensão prolongada. Benfield et al. (1976) observaram que a maioria dos pais de recém-nascidos prematuros apresentam reações de luto, iguais àquelas dos pais cujos filhos morreram e que o grau de suas reações não se relaciona com a gravidade do filho. Gheen (1979) descreveu que os pais são incapazes de compreender o que está acontecendo e se mostram atônitos, ansiosos e cansados.

Baseando-se em estudos e observações, Klaus e Kennel (1978) notaram que, se a separação for prolongada, as mães podem, momentaneamente, esquecer-se de que têm um bebê ou pensam que o bebê não lhes pertence. Além disso, mostram dúvida nos cuidados básicos com seus bebês. Os

mesmos autores afirmam que pais que dão à luz um recém-nascido de baixo peso ou doente, geralmente, têm dois tipos de comportamento: alguns se comprometem com seus bebês e mantêm com ele um intenso envolvimento; outros passam por um processo de adaptação mais lento, nos quais eles confiam no cuidado oferecido por técnicos e expressam medo, ansiedade e, algumas vezes, rejeição, antes de aceitar a sobrevivência do seu filho. Os pais precisam atravessar um processo de “sofrer a perda” do recém-nascido perfeito e refazer a imagem mental desse recém-nascido antes de assumir e tornar-se vinculado a seu filho.

As mães de recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso mostram-se mais ansiosas que os pais (ZANARDO et al. 1998), significativamente mais ansiosas e deprimidas que mães de recém-nascido a termo, na primeira semana pós-alta (GENNARO, 1988), e ainda apresentam sentimentos de medo, ansiedade, depressão, raiva e negação (ALMEIDA, 1996); desamparo e tristeza (CASTEEL, 1990).

Brooten et al. (1988) avaliaram ansiedade, depressão e hostilidade em 47 mães de recém-nascidos prematuros de alto risco à alta e aos nove meses de idade corrigida. Concluíram que as mães se mostram mais ansiosas e deprimidas no momento da alta que aos nove meses de idade corrigida; que as múltiparas foram, significativamente, mais deprimidas que as primíparas e que mães dos recém-nascidos que permaneceram mais de 51 dias internados foram menos deprimidas no momento da alta hospitalar do que mães de recém-nascidos que tiveram uma estada menor.

Várias intervenções são propostas para minimizar esse estado dos pais de recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso. Meyce et al. (1994) sugerem uma intervenção individualizada com os recém-nascidos e sua família para reduzir o estresse e a depressão materna. Pinelli et al. (2001) orientam que é necessário identificar e trabalhar com as famílias com recursos limitados para proporcionar maior ajustamento familiar e menor estresse. Hurst (2001) chamou a atenção para a observação e interpretação das ações das mães para seus filhos prematuros, para identificar as necessidades dessa mãe. Segundo ele, as mães zelam por seus filhos diligentemente e estendem essa ação para suas necessidades próprias.

Para Klaus e Kennel (1993), é necessária a inserção dos pais na UTIN o mais precocemente possível, encorajando o toque. Deve, também, ser permitida a visita dos avós e dos irmãos, pois pode ajudar na ligação desses parentes com o bebê e refletir, positivamente, na interação entre os pais e o

bebê. A equipe médica deve, também, interagir com os pais, conversando com eles sobre o estado do bebê e lhe dando apoio emocional. Também é importante iniciar o contato, pele a pele, o mais cedo possível, quando o estado do bebê permitir. Esse contato, conseguido por meio do método mãe-canguru, resgata o modo natural, permitindo um contato mais íntimo. Além disso, é freqüentemente aceito pelos pais, trazendo inúmeros efeitos positivos para o binômio mãe-filho.

O termo canguru é derivado da prática similar com o cuidado marsupial e o termo método mãe-canguru foi adotado pelo primeiro workshop internacional sobre cuidado canguru no Trieste (CATTANEO, 1998). A adição do M enfatiza a importância da mãe e do leite materno, componentes fundamentais desse método (KRISTEN, 2001).

O método mãe-canguru foi implementado, pela primeira vez, em 1978, em Bogotá, Colômbia, pelo médico Sanabria e desenvolvido a partir de 1979, pelos pediatras Héctor Martínez Gómez e Luiz Navarrete Perez, do Instituto Materno Infantil de Bogotá, que tinham como objetivo reduzir a superlotação do berçário, sendo usual colocar dois ou três bebês em uma mesma incubadora e, por outro lado, reduzir o tempo de separação entre a mãe e o bebê, o qual levava, às vezes, ao abandono desses recém-nascidos (REY; MARTINEZ, 1983).

Na Colômbia, o UNICEF prestou apoio ao Programa Mãe-Canguru e colaborou como intermediária de outros programas em vários países, onde o método é aplicado com modalidades distintas: em uns como alternativa à incubadora, como Colômbia, Bolívia, Equador, Guatemala, Peru, Moçambique, Argentina e Nicarágua; em outros é utilizado visando a melhorar a relação entre a mãe e o bebê, como na Grã-Bretanha, na Alemanha, Dinamarca, Suécia, Canadá e França; e, ainda, em outro é utilizado com substituto da incubadora (Zimbabwe).

No Brasil, o método mãe-canguru faz parte de uma política Pública Federal inserida em um programa de humanização no atendimento do recém-nascido de baixo peso e visa, principalmente, a uma mudança de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família. No ano de 1999, criou-se a norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe-canguru), oficialmente apresentada em dezembro de 1999, em seminário realizado no Rio de Janeiro. Em 2 de março de 2000, o Ministério da Saúde Pública, pela Portaria no. 72, inclui o procedimento ao recém-nascido de baixo peso na tabela do Sistema Único

da Saúde (SIH/SUS). Em julho do mesmo ano, a portaria do gabinete do ministro da Saúde, de no. 693, estabelece a norma de orientação para a implantação do projeto mãe-canguru.

O método mãe-canguru tem dois objetivos fundamentais, suprir a insuficiência de recursos materiais e evitar a separação entre a mãe e o bebê. Quanto à seleção do recém-nascido e da família para participação do método, implica a estabilidade clínica, o ganho de peso, a sucção eficaz com coordenação entre a sucção e deglutição do recém-nascido e a motivação, na disciplina, no compromisso e disponibilidade da família.

A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, em contato com o peito de um adulto.

O método é desenvolvido em três etapas; a primeira, na UTIN pela estimulação do livre acesso aos pais, assegurando a sua permanência e promovendo incentivo ao contato tátil o mais precoce possível, estímulo à amamentação e ao contato pele a pele progressivo. A segunda etapa consiste no contato pele a pele, o mais tempo possível, em alojamento conjunto no hospital. A terceira consiste no acompanhamento ambulatorial, após a alta hospitalar, para a avaliação do crescimento e do desenvolvimento.

Várias vantagens são atribuídas ao método mãe-canguru. Segundo Martinez et al. (1992), o recém-nascido, no método mãe-canguru, é permanentemente estimulado pelos batimentos cardíacos, pelos batimentos respiratórios, pela voz, atividade e presença do portador que, na maioria das vezes, é a mãe. Isso previne a apnéia.

É atribuído ao método mãe-canguru o fortalecimento do vínculo mãe-filho (COLONNA, 1990; LEUW, 1991; MARTINEZ et al., 1992), o aumento da motivação (WHITELAW, 1995), da satisfação (WHITELAW, 1988; LEGAULT; GOULET, 1995), da autoconfiança materna (ANDERSON, 1989; AFFONSO et al., 1993) e a diminuição da depressão materna (FELDMAN et al., 2002). Entretanto, Tessieret al. (1998) estudaram 488 recém-nascidos com peso de nascimento menor que 2000g: 246 em método mãe-canguru e 242 em método tradicional em relação aos sentimentos maternos ligados ao nascimento de recém-nascido de baixo peso e à relação mãe-filho. Concluíram que o estado de saúde do recém-nascido pode exercer maior influência sobre o estado sensitivo da mãe que o método mãe-canguru.

O método mãe-canguru é considerado seguro, eficaz e de fácil aplicabilidade (CHARPAK, 1994, 2001; LEGAULT, 1995; CATTANEO, 1998; LIMA et al., 2000). O método humaniza o atendimento mãe-filho, melhora o uso dos recursos humanos e técnicos. Além disso, fornece ao bebê calor, alimento e proteção contra as infecções, proporciona à mãe aquisição de conhecimentos das técnicas de cuidados aos recém-nascidos e permite a alta mais precoce, sem que o peso seja critério indicador.

Considerando que o desenvolvimento adequado dessas crianças é determinado por um equilíbrio das necessidades biológicas, ambientais e familiares, a mãe, parte integrante desse binômio, torna-se fundamental para esse sucesso. No entanto, são escassos os estudos relativos à mãe, principalmente, voltados para o sistema neuro-imune-endócrino.

Vários estudos, através dos anos, têm descrito a influência de fatores psicológicos, como o estresse, nas respostas imunitárias e, assim, na suscetibilidade a doenças e na habilidade de recuperação das enfermidades. Ao lado desses efeitos do estresse, verificados em humanos e em modelos experimentais, existem também demonstrações bem evidentes de que lesões (ou estimulações) de áreas do sistema nervoso central podem influenciar a resposta imunitária, indicando que, na resposta ao estresse, participe, além dos mecanismos endócrinos, também os mecanismos neurais.

Várias publicações demonstram redução de síntese de anticorpos, redução de atividade citotóxica natural, redução da capacidade de sintetizar citocinas pró-inflamatórias, além de menor resistência a infecções, aumento da incidência de doenças cardiovasculares, de auto-imunidade, alérgicas e da asma. Mais facilitação, além disso, para progressão de cânceres, tanto em humanos como em animais de laboratórios submetidos a diferentes tipos de estresse (AMORIM, 1999; LICINIO; FROST, 2000; CARTER et al., 2001; PARIANTE, 2001; VANITALLI, 2002; ESKANDARI; STEMBERG, 2002; ELENKOV; CHROUSOS, 2002; NIESS et al., 2002).

Em relação à resposta imunitária e IgA, existem várias observações relacionando a redução desse anticorpo nas secreções e diferentes tipos de estresse (OHIRA et al., 1999; RING et al., 1999, 2000; LOWE et al., 2000; DEINZER et al., 2001).

A IgA é qualificada como a imunoglobulina mais eficiente da mucosa, livrando a mucosa de complexos imune excessivos, após interagir com esses antígenos, transportando de volta ao lúmen. Além disso, neutraliza viroses intracelulares, intersectando partículas virais e interferindo com a

replicação ou formação viral, enquanto transita pela célula epitelial infectada (BRUNS, 1999). A IgA induz à perda do plasmídeo bacteriano, necessário para aderência a bacteriana. Pode aumentar a aderência de certas bactérias ao muco, interferindo com o fator de crescimento (ferro) ou enzimas necessárias para bactérias patogênicas ou parasitas.

Enquanto existem numerosos estudos sobre respostas imunitárias em relação à depressão ou ao estresse, estudos que examinam a relação da ansiedade e imunidade são raros. A limitação inclui heterogeneidade de diagnóstico, conclusões controversas e diferentes técnicas de avaliação.

Uma desordem ansiosa, como a desordem do pânico, é acompanhada pela ativação do eixo HPA e parece relacionada com o grau de ansiedade dos indivíduos (BRAMBILLA et al., 1992). Gleeson et al. (1999) avaliaram a relação entre ansiedade de nadadores de elite e IgA salivar, não encontrando associação. Estudando a ansiedade e a concentração de IgA salivar durante a gravidez e o parto, Annie e Groer (1991) sugerem que há uma relação inversa entre o estado de ansiedade e a concentração de IgA. Graham et al. (1988) relataram que enfermeiros com episódios mais frequentes de ansiedade têm concentração, significativamente, mais baixa de secreção de IgA salivar. Estudantes com ansiedade alta têm uma produção mais alta de IFN-gama e produção mais baixa de citocinas imunoregulatórias IL-10 e IL-4, influenciando a secreção de IgA (MÃES, 1998). Avaliando a ansiedade dos estudantes da Royal Australian Air Force durante o curso, Carins e Booth (2002) observaram a associação de ansiedade com IgA diminuída.

Alguns autores (MOSZCZYNSKI et al., 1989, 1991, 2000; CEDERQUIST et al., 1984) relatam o efeito supressivo do tabagismo sobre os níveis da imunoglobulina. A. McMillan et al. (1997) concluíram que o consumo de álcool e de cigarro influencia as concentrações de imunoglobulinas séricas.

Diante do conjunto de estudos já desenvolvidos acerca do método mãe-canguru, da ansiedade e sua relação com o fluxo salivar e a concentração de IgA e da experiência profissional com mães de recém-nascidos de baixo peso, algumas questões têm emergido, constituindo-se em interesse para realização deste estudo, entre as quais: há diferença entre o nível de ansiedade da mãe submetida ao método canguru ou submetida ao método tradicional? A ansiedade da mãe pode modular a concentração de IgA? O tipo de método pode modular a IgA? As variáveis, como idade, grau de instrução, condição marital, ocupação remunerada, etilismo, tabagismo, gestação, tipo

de parto, peso dos recém-nascidos e desejo da gestação atual influenciariam a concentração de IgA?

OBJETIVOS

Foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- avaliar a concentração da imunoglobulina A (IgA) salivar e sérica, bem como a ansiedade em mães de recém-nascidos de baixo peso submetidos aos métodos canguru e ao método tradicional;
- examinar a correlação entre a concentração de imunoglobulina A salivar e sérica e a ansiedade de mães de recém-nascidos de baixo peso submetidos ao método canguru e ao método tradicional, considerando as seguintes variáveis:
 - idade;
 - grau de instrução;
 - condição marital;
 - ocupação remunerada;
 - etilismo e tabagismo;
 - gestação, tipo de parto e peso dos recém-nascidos;
 - desejo da gestação atual.

METODOLOGIA

Local de estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais, no Hospital Doutor Dório Silva, hospital geral, público, com 1.408 partos/ano e 16,3% de recém-nascidos de baixo peso, sendo também de referência para atendimento a partos de alto-risco, e na Santa Casa de Misericórdia de Vitória, hospital geral, filantrópico, com 3.189 partos/ano e 10,09% de recém-nascidos de baixo peso. Trata-se aqui de um hospital universitário, que está vinculado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e que possui centro de graduação médica, de graduação em Enfermagem, em Fisioterapia e em Serviço Social, além de pós-graduação em Dermatologia e

residência médica em Ginecologia-Obstetrícia e em Cirurgia Geral.

População

Mães de recém-nascidos de peso menor que 2000g que participaram do método canguru ou do método tradicional.

Amostra

A amostra foi constituída por cinqüenta mães de recém-nascidos de peso menor que 2000g que tiveram indicação de estar na unidade de cuidados mínimos—método tradicional ou no método canguru.

Processo de Amostragem

O processo de amostragem foi constituído aleatoriamente, ou seja, realizado um sorteio entre as mães para definição do método (tradicional e canguru) no momento da admissão do seu recém-nascido menor que 2000g na UTIN.

Característica da Amostra

A amostra constou de mães de recém-nascidos de peso menor que 2000g, que sobreviveram no período neonatal com indicação para assistência na unidade de cuidados mínimos e não eram portadores de infecções congênitas, malformação ou afecções neurológicas graves.

Produção de Informações

Instrumentos

Para coleta dos dados sobre idade gestacional, paridade, tabagismo, etilismo, foi utilizada a entrevista estruturada com registro em formulário. Para avaliar a ansiedade das mães, foi utilizado o instrumento STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY, elaborado por Spielberger et al. (1970, 1979), sendo conhecido no Brasil como Inventário de Ansiedade Traço (A-traço) e Estado (A-estado) (IDATE). É composto de duas partes,

cada uma contendo vinte afirmações. O Traço de Ansiedade/Trait Anxiety avalia como normalmente a mulher se sente e é medido na escala: QUASE SEMPRE=4, FREQUENTEMENTE=3, ÀS VEZES=2, QUASE NUNCA=1, e Estado de Ansiedade/State Anxiety, que avalia o estado de ansiedade do momento, medido na escala: NÃO=1, UM POUCO=2, BASTANTE=3, TOTALMENTE=4. O total mínimo nesta escala é de vinte pontos e o máximo de oitenta. Baseado na pontuação, pode-se classificar a ansiedade traço-estado em: baixa, quando os valores se encontram em 20 a 34 pontos; moderada, de 35 a 49 pontos; elevada, de 50 a 64 pontos; e muito elevada, de 65 a 80 pontos.

Variáveis

- concentração de IgA
- idade;
- grau de instrução;
- condição marital;
- ocupação remunerada;
- etilismo e tabagismo;
- gestação, tipo de parto e peso dos recém-nascidos;
- desejo da gestação atual.

IgA

Verificou-se a concentração de imunoglobulina A (IgA) na saliva e no soro de mães de recém-nascidos de peso menor que 2000g, tanto nas mães participantes do método canguru quando as do método tradicional.

A concentração de IgA salivar total foi determinada pelo método de imunoturbidimetria, usando reagentes com anti-soro para dosagem quantitativa de proteínas humanas com o turbitimer. O anticorpo específico reage com o antígeno contido na amostra, formando uma reação de turbidez chamada de imunocomplexo. Na seqüência da mistura, vai-se formando uma turbidez que é medida fotometricamente. A turbidez é diretamente proporcional à concentração do antígeno na amostra.

Os ensaios da dosagem de IgA foram realizados em dois momentos em ambos os grupos, canguru e tradicional, sendo a primeira dosagem no primeiro dia e a segunda no sétimo dia de permanência nos referidos métodos. Foram

coletadas na enfermaria, pela pesquisadora, duas amostras de saliva e soro de cada mãe, uma no primeiro e outra no sétimo dia, como já mencionado, às 11 horas, sendo todo o material utilizado estéril.

Primeiramente, foi solicitado que a mulher realizasse higiene oral com água corrente e, em seguida, colocasse duas espumas ao longo das gengivas superiores, uma de cada lado, próximas aos dentes molares no nível do óstio da glândula salivar parótida, mantidas durante cinco minutos e, então, desprezadas nas placas de Petri. Em seguida, foram colocadas dentro do corpo da seringa e esta dentro do tubo cônico. Dessa forma, foram levadas à centrifugação a 1500rpm por dez minutos. O sobrenadante formado foi pipetado e colocado nos tubos para congelamento, os quais foram identificados com o número do prontuário da cliente e com a data da coleta, tendo sido transferidos para o laboratório do hospital das clínicas, onde foram congelados para serem analisados após trinta dias. Para análise, foram utilizados 500 microlitros de saliva, diluídas 1:2, usando o reagente Turbiquant e o método de imunoturbidimetria. Para a análise da IgA, no soro, foi coletado 2ml de sangue total periférico e adotados os mesmos procedimentos para a dosagem de saliva, exceto no que se refere à diluição, sendo adotada a diluição de 1:1.

Metodologia estatística para tratamento de dados

Foi realizada a análise descritiva dos dados com a elaboração de tabelas de frequências descritivas e gráficos que analisam o comportamento dos fatores para os grupos (tradicional e canguru).

O teste qui-quadrado e o teste exato de Fischer foram utilizados para comparar as diferenças entre os grupos de mulheres. Para comparar o nível de IgA e Ansiedade foi utilizado o teste Mann-Whitney.

Para a comparação das medidas antes e após o início do método canguru e do método tradicional, foi utilizado o teste pareado não paramétrico de Wilconxon.

Análise de Regressão linear múltipla foi aplicada na avaliação da concentração da IgA (salivar e sérica) e da ansiedade em relação às variáveis: idade, tabagismo, etilismo, variáveis relacionadas com a gestação.

O pacote estatístico, Social Package Statistical Science Versão 8.0 (SPSS) (1997), foi utilizado nessas análises. Fixou-se um nível de significância em 0,05.

RESULTADOS

Apresentação dos resultados

Os resultados apresentados a seguir são referentes aos dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2001, com uma amostra de cinquenta mães de recém-nascidos de peso menor que 2000g, que estiveram visitando seus filhos internados na enfermaria do hospital Doutor Dório Silva e na Santa Casa de Misericórdia de Vitória ou internados participando do método mãe-canguru nos referidos hospitais.

Resultado das variáveis de controle

Ao desenvolver um estudo experimental, era essencial o controle de determinações variáveis para caracterizar os dois grupos. Os resultados obtidos a partir dos instrumentos para coleta de dados, descritos no capítulo, permitiram conhecer a amostra sob vários aspectos.

A **Tabela 1** apresenta as medidas descritivas referentes à idade, ao grau de instrução, estado civil de concubinato, ocupação remunerada e uso de álcool. Observa-se que não houve diferença significativa entre o grupo de mães do método tradicional e o grupo de mães do método canguru. Entretanto, em relação ao uso do cigarro, houve uma diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Tabela 1 – Distribuição percentual de variáveis descritivas de mães de recém-nascidos de peso menor que 2.000g, segundo método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez 2001

Variáveis	Tradicional		Canguru		Teste	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Faixa etária					0,725a	0,395
Menor 15 anos	01	4,0	01	4,0		
16 a 20 anos	09	36,0	12	48,0		
21 a 35 anos	09	36,0	09	36,0		
36 e mais anos	06	24,0	03	12,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Escolaridade					0,725b	0,395
Sem escolaridade	01	4,0	00	0,0		
Ensino fundamental incompleto	14	56,0	12	48,0		
Ensino fundamental completo	06	24,0	04	16,0		
Ensino médio incompleto	01	4,0	05	20,0		
Ensino médio completo	02	8,0	04	16,0		
Ensino superior incompleto	00	0,0	00	0,0		
Ensino superior completo	01	4,0	00	0,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Estado civil					1,333	0,248
Casada	12	48,0	08	32,0		
Solteira	13	52,0	17	68,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Vive com conjugue					c	0,349
Sim	21	84,0	22	88,0		
Não, mas viveu	01	4,0	02	8,0		
Nunca viveu	03	12,0	01	4,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Ocupação remunerada					d	0,702
Sim (ambos)	04	16,0	02	8,0		
Mulher sim/Homem não	01	4,0	01	4,0		
Mulher não/Homem sim	17	68,0	19	76,0		
Não	03	12,0	03	12,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Fumo					3,947	0,047
Sim	16	64,0	22	88,0		
Não	09	36,0	03	12,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Álcool					0,082	0,774
Sim	14	56,0	15	60,0		
Não	11	44,0	10	40,0		
Total	25	100,0	25	100,0		

• a – Diferença entre mulheres com idade até 20 anos e mulheres com 21 anos e mais.

- b – Diferença entre mulheres com até EFI e mulheres com EFC e maior escolaridade.
- c – Diferença entre mulheres que vivem com cônjuge e mulheres que não estão morando com cônjuge.
- d – Diferença entre mulheres com ocupação remunerada e mulheres sem ocupação remunerada.

Na **Tabela 2** podem ser observados dados sobre a gestão de mães de recém-nascidos.

Tabela 2 – Distribuição de dados relacionados com a gestação de mães de recém-nascidos de peso menor que 2.000g, segundo método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez 2001

Variáveis	Tradicional		Canguru		Teste	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Tipo de parto					0,080	0,777
Normal	13	52,0	12	48,0		
Cesárea	12	48,0	13	52,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Peso do recém-nascido					0,000	1,000
Menor que 1.000g	02	8,0	02	8,0		
1.000 a 1.500g	11	44,0	11	44,0		
Mais de 1.501g	12	48,0	12	48,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Paridade,					5,333	0,021
Primípara	06	24,0	14	56,0		
Múltípara	19	76,0	11	44,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Abortos					2,599	0,107
Sim	09	36,0	04	16,0		
Não	16	64,0	21	84,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Intercorrências					0,764	0,380
Sim	08	32,0	11	44,0		
Não	17	68,0	14	56,0		
Total	25	100,0	25	100,0		
Desejo da gravidez atual					0,739	0,390
Desejada	13	52,0	16	64,0		
Não desejada	12	48,0	09	36,0		
Total	25	100,0	25	100,0		

Em relação aos dados relativos à gestação, tipo de parto, ocorrência

de aborto, intercorrências e desejo da gestação atual, não se apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

Com referência à paridade, a amostra desse grupo caracterizou-se pelo predomínio da multiparidade entre as mães do método tradicional, e de primiparidade entre as mães do método canguru, ocorrendo diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$).

Houve relação entre as variáveis tabagismo e paridade em mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional, o que não interferiu nos resultados.

As tabelas e figuras a seguir apresentam

Tabela 3 – Concentração de IgA (mg/dL) no soro e saliva em mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez. 2001.

Característica	Tradicional			Canguru			P
	Md.	Média	DP	Md.	Média	DP	
Soro							
1ª medida	210,0	198,9	97,8	221,0	239,2	104,9	0,279
2ª medida	209,0	188,3	83,9	221,5	208,5	115,8	0,476
Saliva							
1ª medida	15,7	16,8	11,7	10,3	18,9	19,4	0,697
2ª medida	11,6	14,5	13,1	12,6	17,0	18,9	0,475

1ª medida = dia inicial no método tradicional ou canguru

2ª medida = sete dias após estarem no método tradicional ou canguru

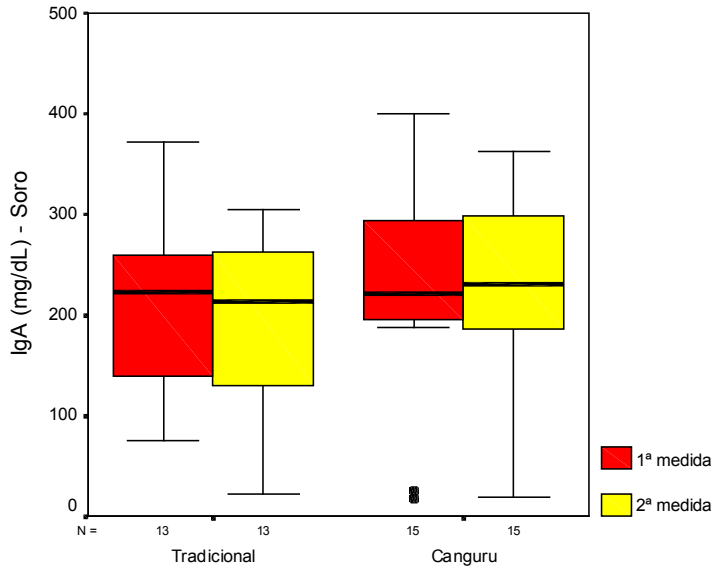


Figura 1 - Distribuição do IgA (mg/dL) medido no soro de mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez. 2001

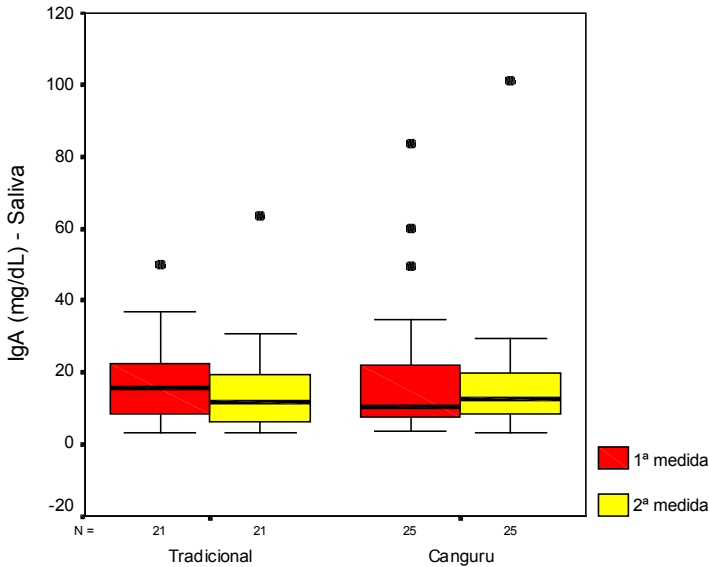


Figura 2 - Distribuição do IgA (mg/dL) medido na saliva de mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez. 2001

Comparando-se os valores de IgA salivar relativos à primeira e à segunda dosagem, observa-se que não houve diferença significativa entre os grupos. Comparando os valores da IgA plasmática relativos à primeira e à segunda dosagem também não houve diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 4 – Escores do traço e estado de ansiedade de mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez. 2001

Característica	Tradicional			Canguru			P
	Md.	Méd.	DP	Md.	Méd.	DP	
Traço ansiedade							
Nível	50	49	09	49	49	10	0,869
Intensidade	127	128	24	116	120	19	0,190
Estado ansiedade (1ª medida)							
Nível	48	48	09	45	46	08	0,236
Intensidade	130	128	29	110	107	29	0,025
Estado ansiedade (2ª medida)							
Nível	47	47	09	43	44	07	0,252
Intensidade	116	119	27	106	102	32	0,117

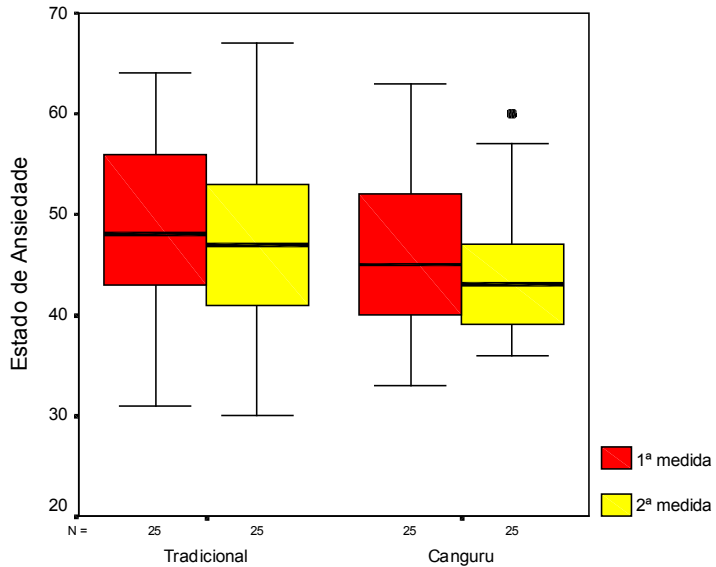


Figura 3 – Distribuição do estado de ansiedade de mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan/dez. 2001

A maioria das mulheres do método tradicional e canguru possui um traço de média ansiedade, não há uma diferença significativa entre os grupos. Quanto ao estado de ansiedade relativo à primeira e à segunda dosagem, também não há diferença significativa entre os grupos em relação ao nível.

Houve relação entre o nível da ansiedade do primeiro momento e o uso do álcool na amostra total de mães de recém-nascidos de baixo peso.

Houve relação entre o nível da ansiedade do segundo momento com o nível da ansiedade do primeiro momento e com gêmeos nas amostras total de mães de recém-nascidos de baixo peso.

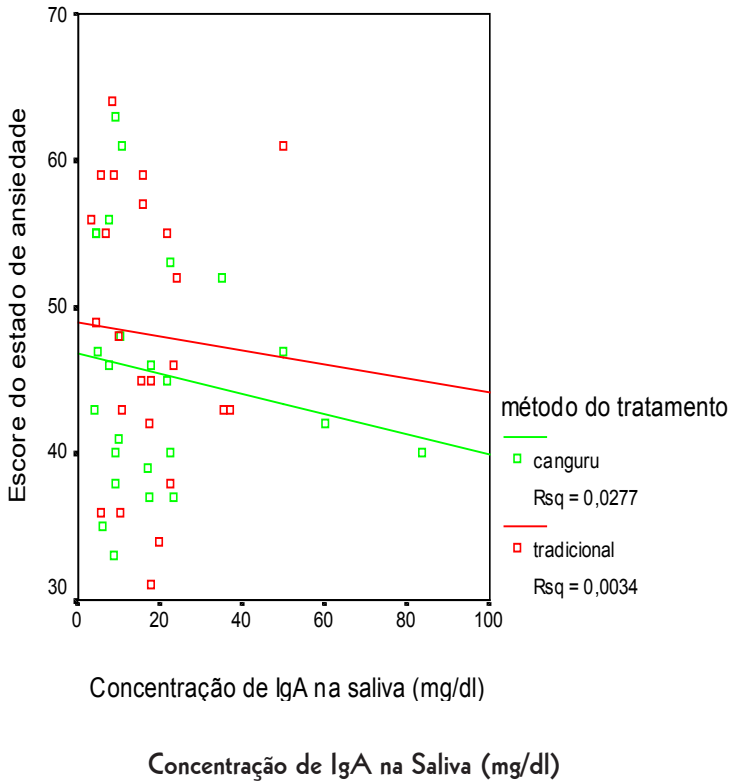


Figura 4 – Dispersão dos escores de estado de ansiedade e concentração de IgA na saliva (mg/dL), na 1ª medida, de mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez. 2001

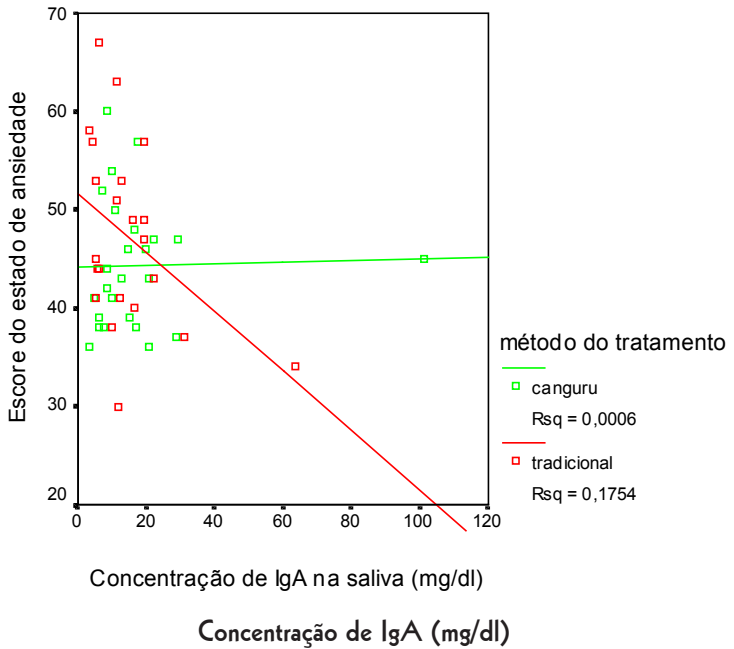


Figura 5 – Dispersão dos escores de estado de ansiedade e concentração de IgA(mg/dL) na saliva, na 2ª medida, de mães de recém-nascidos de baixo peso em método canguru e tradicional. Hospital Dório Silva e Santa Casa de Misericórdia. Grande Vitória, jan./dez. 2001

Os dados apresentados nas Figuras 7 e 8, sobre a relação entre concentração de IgA e estado de ansiedade, não demonstram essa relação.

- Houve relação entre a concentração da IgA salivar relativa à primeira dosagem e traço de ansiedade, peso do recém-nascido e prática ou não de abortos na amostra total de mães de recém-nascidos de baixo peso.
- Houve relação entre a concentração da IgA salivar relativa à segunda dosagem e concentração da IgA salivar referente à primeira dosagem na amostra total de mães de RN de baixo peso.
- Houve relação entre concentração da IgA sérica relativa à segunda dosagem e o uso do álcool na amostra total de mães de recém-

nascidos de baixo peso.

- Não houve diferença significativa na concentração de IgA sérica e salivar relativa à primeira e à segunda dosagens, nas mães de recém-nascidos de baixo peso participantes do método canguru ou do método tradicional.
- Não houve relação entre concentração da IgA sérica relativa à segunda dosagem e as variáveis de controle.

DISCUSSÃO

O uso do cigarro analisado na Tabela 1, mostrou que houve uma diferença entre os grupos e que a maioria das mães fazia uso dessa droga. O cigarro tem efeito supressivo sobre as imunoglobulinas séricas, IgA, IgD, IgM, IgG (CEDERQUIST et al., 1984; MOSZCZYNSKI et al., 1989, 1991, 2001; MCMILLAN et al. 1997). Porém, neste estudo, não foi encontrada relação entre o uso do cigarro, a concentração de IgA e a ansiedade, não interferindo, portanto, nos resultados. O dado obtido pela entrevista só contemplou o ato de fumar ou não. Não houve menção sobre o número de cigarros fumados, a duração do uso ou a alta exposição ambiental ao fumo.

Não existe, também, relação entre o peso de nascimento dos recém-nascidos de baixo peso dessa amostra e o uso de cigarros, provavelmente, porque a maioria das mães, em ambos os grupos, fazia uso do cigarro. Entretanto, a relação entre o nascimento de recém-nascidos de baixo peso e prematuros tem sido estabelecida em muitos estudos. Horta et al. (1993) avaliaram 5.166 nascidos vivos em Pelotas (RN) e constataram que as crianças cujas mães fumaram durante a gravidez tinham peso de nascimento 142g mais baixo do que aquelas cujas mães não fumaram. Encontraram, também, uma associação direta entre o número de cigarros fumados e o risco de crescimento intra-uterino retardado, entretanto não encontraram associação entre o fumo e o nascimento de recém-nascidos prematuros.

Segundo Windham et al. (2000), mães que fumam mais de dez cigarros por dia têm risco aumentado de dar à luz a recém-nascidos de baixo peso e pequeno para a idade gestacional, porém não houve relação com nascimento de recém-nascido prematuro. De acordo com o mesmo autor, a alta exposição ambiental ao fumo (período maior ou igual a 7 horas) em não fumantes foi

moderadamente associada com nascimento de recém-nascidos de baixo peso, pré-termo e fortemente associada ao nascimento de pré-termos extremo.

Hruba e Kachlik (2000), ao estudarem a influência da mãe fumante ativa e passiva durante a gravidez, observaram que a média de baixo peso em recém-nascidos de mães que pararam de fumar foi mais alta do que a média de peso de recém-nascidos oriundos de mãe que nunca fumaram. A média do peso dos recém-nascidos de mães que fumaram na gravidez foi 119g e 171g mais baixa em relação aos filhos de mães que nunca fumaram e de mães que pararam de fumar, respectivamente. É interessante que os mesmos autores relatam que mães demasiadamente expostas a ambientes de fumantes têm recém-nascidos com peso de nascimento de 189g menor que de mães não fumantes e não expostas e 70g menor em relação as mães que fumaram na gravidez.

Em relação ao desejo da gestação atual, chama a atenção o fato de 21 mães da amostra relatarem não desejar a gravidez. A existência de uma gravidez rejeitada, á qual pode ou não trazer conseqüências sobre o feto, acentua as alterações emocionais diante das mudanças e responsabilidade trazidas pela gestação. Assim esse dado é um alerta para os profissionais que atuam no atendimento de gestantes, no sentido de se preocuparem em desenvolver atividades ou estratégias de grupo, para as quais as mulheres alcancem a forma de compreender esse processo.

Outro dado apresentado na Tabela 2, relativo à gestação, que chama a atenção se refere à paridade. Comparando os dois grupos, há uma diferença significativa entre eles, no entanto não houve relação entre a paridade e concentração de IgA e ansiedade, portanto a diferença observada não invalida a amostra. Não existe, na literatura pesquisada, trabalho que contemple a relação de IgA e paridade, entretanto, em relação à ansiedade, Brooten (1988) relata que as múltiparas são mais ansiosas que as primíparas.

Quanto à concentração de IgA apresentada na Tabela 3, não há diferença entre os grupos. Observa-se que os valores não se diferem dos encontrados em outros estudos. Têm, também, uma grande variação, pois os valores das médias se equiparam aos valores dos desvios-padrão. Pode-se inferir que esses valores podem ter sido relacionados com a coleta, em relação à quantidade de fluxo salivar, variável não contemplada neste estudo. Existe uma inversão entre fluxo salivar e concentração de IgA salivar (KUGLER, 1992), e há uma diferença quantitativa de fluxo entre as pessoas (MILETIC et al., 1996).

Os dados apresentados na Tabela 4, referentes ao traço e estado da

ansiedade, não mostraram diferença significativa entre os grupos.

A ansiedade avaliada neste trabalho refere-se à ansiedade “natural”, como fenômeno de vida cotidiana, com função motivadora, que mobiliza recursos para adaptação do indivíduo à situação. Nesse caso, a ansiedade eleva-se em frente à possibilidade de os projetos de vida estarem ameaçados de se concretizarem, ameaça que ocorre de acordo com cada interpretação individual dada a uma situação. Quando a ansiedade perde sua característica adaptativa, causando sofrimento excessivo ou prejuízo funcional, é definida como patológica, porém o limite entre o normal e o patológico é difícil de ser definido.

Uma das dificuldades de emprestar individualidade à ansiedade, isto é, de tomá-la isoladamente, considerando-se suas idiossincrasias, consiste no fato de ela apresentar sintomas comuns à depressão, principalmente aqueles relativos ao afeto negativo — tristeza, emoções negativas, preocupação, insatisfação — além de também constituir um dos componentes afetivos da fase de alarme, descrita por Selye (1935). Quanto mais brandos os quadros de ansiedade, maior será a superposição de sintomas e maior será a falta de especificidade da condição clínica. Nesse sentido, alegam que a ansiedade e a depressão podem fazer parte do “processo de estresse” de forma geral (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; NARDI, 1998).

Analisando os dados obtidos, surgem dúvidas quanto ao fato de mães de recém-nascidos de baixo peso terem ou não ansiedade, demonstrarem ou não ansiedade. Ou será que o instrumento utilizado não mediu adequadamente o nível da ansiedade delas?

Uma suposição é que as mães da amostra já teriam uma alteração da ansiedade no momento da coleta dos dados ou talvez apresentassem estilo reprimido não se mostrando ansiosas ao responderem ao Inventário de Ansiedade Traço – Estado. A hipótese mais provável é que essas mães utilizaram estratégias de enfrentamento, modificando a ansiedade inicial — a do momento do parto — em que ocorre a separação da mãe-filho com inserção do filho na UTIN. O nascimento de um recém-nascido de baixo peso mobiliza profundas emoções na mãe e representa um momento difícil para a mãe e seus familiares. Porém, no momento da aplicação do instrumento, no primeiro e no sétimo dia da inserção da mãe no método canguru ou tradicional, o seu filho já estaria com os problemas iniciais resolvidos, apresentando estabilidade

clínica, após ter permanecido por meses na UTIN. Em consequência disso, elas acreditam no bem-estar do filho. Vislumbrando a capacidade de alta hospitalar, passam a acreditar no retorno à sua vida habitual.

A maioria dos estudos que se referem às reações das mães dos recém-nascidos de baixo peso realizou a avaliação no momento da permanência do recém-nascido na UTIN (BENFIELD et al., 1976; HAPER et al., 1976; KLAUS; KENNEL, 1978; BROOTEN et al., 1988; BRAZELTON, 1988; CASTEEL, 1990; ALMEIDA, 1996). Já Genaro et al. (1997) estudaram a ansiedade de mães de recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso e observaram que a ansiedade delas é mais alta no momento do nascimento, diminuindo gradativamente nos quatro meses pós-alta.

Outro ponto a ser abordado é não existir diferença significativa em relação ao nível de ansiedade das mães nos métodos tradicional e canguru. Pode-se inferir que a mãe do método canguru precisa ser permanentemente motivada, pois as responsabilidades perante seu filho são maiores do que das mães do método tradicional. É também necessário um ambiente aconchegante e momentos de lazer para que a permanência das mães submetidas ao método canguru seja o mais agradável possível no hospital onde se encontrarem.

Nos hospitais considerados neste estudo, as mães foram orientadas no início da sua inserção no método canguru, porém, no momento da coleta dos dados, não existia um local específico e nem um atendimento diferenciado entre elas e outras mães, o que pode ter influenciado nos resultados.

O nível de ansiedade das mães em foco foi estabelecido com base apenas nos sintomas relatados por elas, não tendo havido diagnósticos feitos, anteriormente ou posteriormente. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado apresenta como característica principal a mensuração de aspectos inespecíficos que permeiam as situações problemáticas ou estressantes, por exemplo, tensão, nervosismo, irritabilidade, preocupação, apreensão e outros. Esse inventário é um instrumento que não enfoca os aspectos somáticos, advindos da hiperestimulação autônoma, nem os aspectos cognitivos envolvidos na ansiedade (SPILBERBER; GORSUCH; LUSHENE, 1979; ANDRADE; GORESTEIN, 1998).

Já, quando se compara o traço e o estado de ansiedades da amostra estudada com os níveis de IgA salivar apresentado nas Figuras 7 e 8, não foi encontrada relação significativa entre eles. Vários autores estudaram algumas situações consideradas estressantes em relação a IgA salivar (ANNIE et al., 1991; GROER et al., 1994; LOWE et al., 2000). Em sua pesquisa,

Gleeson et al. (1999) estudaram a relação de ansiedade e níveis de IgA salivar nos nadadores de elite. Annie et al. (1991), por sua vez, estudaram a ansiedade e a concentração de IgA salivar na gravidez e no parto, porém apenas fizeram leves inferências sobre essa relação. Groer et al. (1994), também utilizando o STAI, não detectaram diferença significativa sobre a relação entre IgA e ansiedade.

Por outro lado, vários estudos apontam uma relação significativa entre níveis de IgA salivar e situações estressantes (GREEN et al., 1988; SHERMAN et al., 1997; JEMMOTT et al., 1998). Kubitz et al. (1986) encontraram uma correlação negativa entre concentração de IgA salivar e indivíduos introvertidos. Investigando a relação do estresse acadêmico e o suporte social com IgA salivar, Jemmott et al. (1988) identificaram níveis mais baixos de IgA nos períodos de exames, ao passo que encontraram, também, níveis mais altos nos estudantes com mais suporte social. O estudo de Graham (1988), referente à ansiedade de enfermeiras em relação à taxa secreção de IgA salivar, afirma que as enfermeiras menos ansiosas tinham maior taxa de secreção de IgA salivar do que as enfermeiras com maior grau de ansiedade.

Contrariamente, alguns autores relatam aumento de IgA em situações estressantes. Willimsen et al. (2000) estudaram a IgA secretória durante as atividades matemáticas e observaram aumento de IgA em relação à ordem das tarefas (primeira, segunda). Foi observado, também, aumento na IgA, IgG, IgM séricas em estudantes universitários com alto nível de estresse (MAES, 1997). Em seus estudos sobre os técnicos de futebol em competição e a IgA salivar secretória, Krugler et al. (1996), encontraram um aumento transitório de IgA em dois momentos da partida, quando os técnicos se avaliaram como tensos e excitados. Concluíram que o estresse agudo otimiza a função humoral não específica. Zeir et al. (1986) pesquisaram o efeito da atividade profissional dos controladores de tráfego aéreo nas concentrações e a taxa de secreção de IgA secretória salivar, encontrando relação entre o aumento de IgA e a demanda de trabalho. Os autores sugerem que o envolvimento emocional positivo é responsável pelo aumento da IgA e que essa medida da resposta psicológica deve ser um instrumento valioso para diferenciação entre efeitos de estresse positivo e negativo ou entre enfrentamento com sucesso ou não.

A relação entre ansiedade e concentração de IgA ainda está para ser definida, visto a diversidade das conclusões de vários estudos.

Foi, também, realizada análise multivariada, aplicando regressão linear

múltipla. Nesse caso, a amostra foi composta por todas as mães, sem divisão de grupos. Ao comparar a concentração de IgA salivar do 1º dia foi encontrada uma relação com traço de ansiedade, peso do recém-nascido e a prática ou não de abortos. Em relação à concentração de IgA salivar no 7º dia, a única variável importante foi a concentração de IgA salivar do 1º dia. Em relação à concentração da IgA sérica relativa à 1ª dosagem, não houve relação com nenhuma variável. Já com referência à concentração de IgA sérica do 7º dia, houve uma relação com o uso do álcool, o que está de acordo com outros estudos (MCMILLAN et al., 1997). Também foi significativa a associação entre o uso do álcool e o nível do estado de ansiedade no primeiro dia e o seu uso está relacionado com o nível mais alto de ansiedade, o que já foi apontado em outros estudos (FEHDER, 1999).

É possível que, com motivações, atenção permanente e introdução de atividades recreativas e educativas para as mães do método canguru, o resultado desta pesquisa poderia ter sido diferente.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, D. et al. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. **Neonatal Netw**, v. 12, n. 3, p. 25-32, 1993.

ALMEIDA, R. R. de. Perceptions of nulliparous women about prematurity. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 59-65, 1996.

AMORIM, M.H.C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

ANDERSON, G.C. Skin-to-Skin: Kangaroo care in Western Europe. **Am. J. Nurs**, p. 662-6, 1989.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CASTEEL, J. K. Affects and cognitions of mothers and fathers of preterm infants, **Matern Child Nurs J.**, v.19, n. 3, p. 211-20, 1990.

CATTANEO, A. et al. Recommendation for the implementation of Kangaroo mother care for low birthweight infants. International Network on Kangaroo mother care. **Acta Paediatr.**, v. 87, n. 4, p. 440-445, 1998.

CATTANEO, A. et al. Kangaroo mother care in low-income countries. **J. Trop Pediatr.**, v. 44, p. 279-282, 1998.

CHARPAK, N. et al. Kangaroo-mother programme: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two-cohort study. **Pediatrics**, v. 94, p. 804-810, 1994.

COLONNA, F. et al. The "Kangaroo-mother" method: evolution of an alternative model for the care of low birth weight newborns in developing countries. *Int. J. Gynecol Obstet.*, v. 31, p. 335-339, 1990.

DEINZER, R. et al. Effects of academic stress on oral hygiene-a potential link between stress and plaque-associated disease? **J. Clin. Periodont.**, v. 28, n. 5, p. 459-464, 2001.

DELGADO et al. Melacortin peptides exhibit production of proinflammatory cytokines and nitric oxide by activated microglia. **J. Lewk., Biol**, v. 63, p. 740-45, 1998.

ELENKOV, I. J.; CHROUSOS, G. P. Stress hormones, proinflammatory and antiinflammatory cytokines, and autoimmunity. **Ann NY Acad. Sci.**, v. 966, p. 290-303, 2002.

FEHDER, W. P. Alterations in immune response associated with anxiety in surgical patients. **CRNA**, v. 10, n. 3, p. 124-9, 1999.

FELDMAN, R. et al. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. **Pediatrics**, v. 110, n. 1PT1, p. 16-26, 2002.

FELDMAN, R. et al. Skin-to-Skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and



sustained exploration. **Dev. Psychol.**, v. 38, n. 2, p.194-207, 2002.

GENNARO, S. Postpartal anxiety and depression in the mother of term and preterm infants. **Nurs. Res.**, v. 37, n. 2, p. 82-85, 1988.

GLEESON, M. et al. Salivary IgA levels and infection risk in elite swimmers. **Med Sci. Sport. Exerc.**, v. 31, n. 1, p. 67-73, 1999.

GRAHAM, N.M. et al. Does anxiety reduce the secretion rate of secretory IgA in saliva? **Med. J. Aust.**, v. 148, n. 3, p. 131-3, Fev. 1988.

GREEN, M. L.; GREEN, R.G.; SANTORO, W. Daily relaxation modifies serum and salivary immunoglobulins and psychophysiologic symptom severity. **Biofeedback Self Regul.**, v. 13, n. 3, p. 187-199, 1988.

GROER, M. et al. Measures of salivary secretory immunoglobulin A and state anxiety after a nursing back rub. **Appl. Nurs. Res.**, v. 7, n.1, p. 2-6, Fev.1994.

HORTA, B L. et al. Low birthweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. **Paediatr. Perinat. Epidemiol.**, v.11, n. 2, p.140-151, Abr. 1997.

HRUBA, D.; KACHLIK, P. Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborns. **Cent. Eur. J. Public Health**, v. 8, n. 4, p. 249-252, Nov. 2000.

HURST, I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. **J. Perinat. Neonatal Nurs.**, v.15, n. 2, p. 65-82, 2001.

HURST, I. Vigilant Watching over: mother' actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. **J. Perinat. Neonatal Nurs.**, v.15, n. 3, p. 39-57, 2001.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **La relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia.** Buenos Aires: Editora Medica Panamericana, 1978.

KUBITZ, K. A., PEAVEY, B.S., MOORE, B.S. The effect of Daily Hassles of Humoral Immunity: an Interaction Moderated by Locus of control. **Biofeedback and self-Regulation**, v.11, n. 2, p.115-23, 1986.

KUGLER, J.; HESS, M.; HAAKE, D. Secretion of salivary immunoglobulin a in relation to age, saliva flow, mood states, secretion of albumin, cortisol, and catecholamines in saliva. **J. Clin. Immunol.**, v. 12, n. 1, p. 45-9, Jan. 1992.

LICINIO, J.; FROST, P. The neuroimmune-endocrine axis: pathophysiological implications for the central nervous system cytokines and hypothalamus-pituitary-adrenal hormone dynamics. **Bras. J. Med. Biol. Res.**, v. 33, n. 10, p. 1141-1148, 2000.

LIMA, G.; QUINTERO-ROMERO, S.; CATTANEO, A. Feasibility, acceptability and cost of Kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Ann Trop Paediatr.**, v. 20, n. 1, p. 22-26, 2000.

LOWE, G. et al. Academic stress and secretory immunoglobulin A. **Psychol Rep.**, v. 87, n. 3, p. 721-722, Dez. 2000.

MAES, M. et al. Effects of psychological stress on serum immunoglobulin, complement and acute phase protein concentrations in normal volunteers. **Psychoneuroendocrinology**, v. 22, n. 6, p. 397-409, 1997.

MCMILLAN, S.A. et al. Effect of low to moderate levels of smoking and alcohol consumption on serum immunoglobulin concentrations. **J. Clin. Pathol.**, v. 50, n.10, p. 819-822, Out.1997.

MILETIC, I. D. et al. Salivary IgA secretion rate in young and elderly persons. **Physiol. Behav.**, v. 60, n.1, p. 243-248, Jul.1996.

NARDI, A. E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade.

Rev. Psiq. Clin., v. 25, n. 6, p. 331-333, 1998. Edição especial.

PARIANTE, C. M. et al. Anxious symptoms influence delayed-type hypersensitivity skin test in subjects devoid of any psychiatric morbidity. **Int. J. Neurosci.**, v. 79, n. 3-4, p. 275-283, 2001.

REY, E.S.; MARTINEZ, H.C. Manejo racional de niño prematuro. In: *Conferences of Curso de Medicina Fetal y Neonatal*, 1., 1983, Bogotá. *Proceedings...* Bogotá. 1983, p. 137-151.

RING et al. Secretory immunoglobulin a and cardiovascular activity during mental arithmetic and paced breathing. **Psychophysiology**, v. 36, n. 5, p. 602-609, 1999.

SHERMAN, J. J. et al. Effect of stretch-based progressive relaxation training on the secretion of salivary immunoglobulin A in orofacial pain patients. **J. Orofac. Pain.**, v.11, n. 2, p.115-124,1997.

SLOAN, N. L. et al. Kangaroo mother: randomind controlled trial of an alternative method of care for stabihssion low birth weight infants. **LANCET**, v. 344, n. 8.925, p. 782-785, 1994.

SMITH, D. J.; TAUBMAN, M. A. Emergence of immune competence in saliva. **Crit. Rev. Med.**, v. 4, n. 3-4, p. 335-341, 1993.

SOMER, E.; BEM-ARYEH, H.; LAUFER, D. Salivary composition, gender and psychosocial stress. **Int. J. Psycosom**, v. 40, n. 1-4, p.17-21, 1993.

SPIELBERG, C. D. et al. **Manual for the state-trait-anxiety inventory**. PaloAlto, California: Consulting Psychological Press, 1970.

SPIELBERG, C. D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado** IDATE. Tradução e adaptação de Biaggio A.M.B. e Natalício, L. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada, 1979.

STEMBERG, E. M. Neuroendocrine regulation of autoimmune/Inflammatory

disease. **Journal of Endocrinology**, v.169, p. 429-435, 2001.

ZANARDO, V.; FREATO, F.; CEREDA, C. Level of anxiety in parents of high-risk premature twins. **Acta Genet Med Gemellol**, v. 47, n. 1, p.13-18, 1998.

WHITELAW, A. et al. Skin-to-Skin contact for very low birth weight infants and their mothers. **Arch Dis Child**, v. 63, p.1377-1381, 1988.

WHITELAW, A. Kangaroo baby care: just a nice experience or an important advance for preterm infants? **Pediatrics**, v. 85, p. 604-5, 1990.

WINDHAM, G.C. et al .Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight. **Epidemiology**, v.11, n. 4, p. 427-433, Jul. 2000.





Quando assumimos em 2002 a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGASC/UFES), tínhamos pela frente muitos desafios: construir coletivamente o projeto do curso de Mestrado e submetê-lo à recomendação da CAPES; estimular a produção científica dos docentes e discentes; cumprir as exigências sempre crescentes da CAPES e nos defrontar, ao mesmo tempo, com os escassos recursos de várias naturezas das universidades públicas e que muitas vezes inviabilizam os projetos institucionais e pessoais e, na UFES, isso não é diferente. Mas, se tínhamos e temos dificuldades, também tínhamos e temos um programa com muitos jovens doutores e isso representa sempre uma possibilidade em aberto para produzir e vencer desafios, construir sonhos e possibilidades. Foi com esse espírito que começamos a sonhar com a publicação de um livro que pudesse dar visibilidade externa ao programa e difundir nossa produção.

O PPGASC foi aprovado nas instâncias da UFES em 1998 e em novembro de 2002 o curso de Mestrado foi recomendado pela CAPES, constituindo-se no primeiro Programa de Pós - Graduação Stricto Sensu na Área de Saúde Coletiva no Espírito Santo. Está inserido, desde a sua concepção, num rico debate que vem sendo construído no País desde metade dos anos 70, com o Movimento da Reforma Sanitária, que, articulado a outros movimentos sociais, tem sido, em certa medida, porta - voz das demandas em prol da democratização e busca de alternativas ao modelo excludente e desigual é a marca do Estado brasileiro na oferta de equipamentos públicos aos cidadãos que aqui vivem.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, apesar dos limites e entraves, aliados a outros processos de mudança nas últimas duas décadas, tem nos mostrado a potência do Estado e da sociedade brasileira para operar mudanças e nelas romper com esse quadro ainda tão persistente de exclusão e desigualdade, inclusive no acesso à Saúde e à Educação. É dessa potência transformadora e dos protagonismos de vários atores e autores construtores da saúde coletiva que esta coletânea se propõe tratar. Portanto, esta obra reflete a diversidade, complexidade, contradições, limites e possibilidades da área ao apresentar e aprofundar conceitos e reflexões que consideramos essenciais ao campo da saúde coletiva e à construção qualificada do Sistema Único de Saúde. O PPGASC e os autores do livro acreditam ser esse mais um passo para a consolidação da área e do SUS. Torcemos para que venham outras coletâneas.

Rita de Cássia Duarte Lima.