

FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA
JOSÉ FERREIRA LIMA JÚNIOR
MARIA ROSILENE ANDRADO MOREIRA
organizadores

RESGATANDO SABERES E
RESSIGNIFICANDO PRÁTICAS
INTERFACES NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

1ª Edição

 EDUFCCG

Esta produção acadêmica é resultado do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC), do Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). O GPeSC foi criado em maio/2011 com o objetivo de ampliar e produzir conhecimentos no campo da Saúde Coletiva, com foco na consolidação da estrutura acadêmica para estimular o desenvolvimento de pesquisas, através da construção de espaços de reflexões, que tenham influências nas políticas públicas e no desenvolvimento social das populações. Nesse sentido, estabelecemos parcerias junto ao Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) – Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - GPESC / Universidade Federal do Piauí (UFPI) e ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC / Universidade Regional do Cariri (URCA), na perspectiva de agregar saberes de grupos congêneres e conferir maior capilaridade a esta publicação. Assim, esperamos que esta coletânea de textos possa *Resgatar Saberes e Ressignificar Práticas* que permeiam o campo de debates da Saúde Coletiva.

Orgaznizadores:

Prof^ª. Dr^ª. Franisca Bezerra de Oliveira /
UFCG

Prof^ª. Dda. Maria Rosilene Cândido Moreira /
UFCG

Prof^º. Ddo. José Ferreira Lima Júnior /
UFCG

Francisca Bezerra de Oliveira
José Ferreira Lima Júnior
Maria Rosilene Cândido Moreira
Organizadores

Resgatando saberes e
Ressignificando práticas
interfaces no campo da saúde coletiva



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Prof. Thompson Fernandes Mariz
Reitor

Prof. Dr José Edílson Amorim
Vice-Reitor

Prof. Dr. Antonio Clarindo Barbosa De Souza
Diretor Administrativo da Editora da UFCG

Ingrid Ellen H. dos Santos
Editoração Eletrônica/Capa

Gráfica São Mateus
Impressão

CONSELHO EDITORIAL

Profº Benedito Antonio Luciano	CCEI
Profº Carlos Alberto Vieira De Azevedo	CTRN
Profª Consuelo Padilha Vilar	CCBS
Profº Joaquim Cavalcante Alencar	CCJS (Sousa)
Profº Jose Helder Pinheiro	CH
Profº Onaldo Guedes Rodrigues	CSTR (Patos)
Profº Marcelo Bezerra Grillo	CCT

Edufcg

Campina Grande 2012

Todos os direitos reservados à Edufcg
edufcg@reitoria.ufcg.edu.br

0482a

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. (org) et.ali - Resgatando Saberes e
ressignificando práticas: Interfaces no campo da saúde
coletiva; Campina Grande: EDUFCG; 1º edição; 2012

194p.

ISBN: 978-85-8001-052-7

1. Educação 2. Saúde coletiva 3. Ciências da Saúde. I. LIMA JUNIOR,
José Ferreira III. MOREIRA, Maria Rosilene Cândido. I. Título

CDU 378

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Francisca Bezerra de Oliveira
José Ferreira Lima Júnior
Maria Rosilene Cândido Moreira
Organizadores

Resgatando saberes e
Ressignificando práticas
interfaces no campo da saúde coletiva

Editora da Universidade Federal de Campina Grande
Cajazeiras - 2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Autores e Autoras

Álissan Karine Lima Martins. Professora Assistente, UFCG. Doutoranda em Enfermagem (Universidade Federal do Ceará, UFC). Membro GPESC/UFCG.

E-mail: alissank@hotmail.com

Ana Carolina de Souza Pieretti. Professora Auxiliar, UFCG. Médica da ESF, Cajazeiras, PB. Membro GPESC/UFCG.

E-mail: lilith_heva@yahoo.com.br

Antonia Oliveira Silva - Professora Associada, UFPB. Doutora em Enfermagem, USP. Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Representações Sociais e Áreas Afins/UFPB.

E-mail: alfaleda@hotmail.com

Cícero Marcelo Bezerra dos Santos. Professor Auxiliar, Universidade Regional do Cariri (URCA). Especialista em Direito da Administração Municipal (Faculdade de Juazeiro do Norte/FJN).

E-mail: marcelobezerra_adv@hotmail.com

Daniele Bezerra de Araújo. Enfermeira, FJN. Pós-Graduanda em Assistência e Gestão na Saúde da Família/FJN.

E-mail: danielebzrra@hotmail.com

Edina Araújo Rodrigues Oliveira. Professora Auxiliar, UFPI. Mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem, UFPI. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC/UFPI).

E-mail: edinasam@yahoo.com.br

Edineide Nunes da Silva. Professora Auxiliar, UFCG. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL). Membro do GPESC/UFCG. Docente e Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade de Santa Maria, Cajazeiras - PB.

E-mail: edineidens@hotmail.com

Eliane de Sousa Leite: Enfermeira, UFCG. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNICSUL. Membro GPESC/UFCG.

E-mail: elianeleitesousa@yahoo.com

Evanira Rodrigues Maia. Professora Assistente, URCA e UFC. Doutora em Enfermagem, UFC.

Email: evanira@bol.com.br

Flaviana Dávila de Sousa Soares. Graduanda em Enfermagem, UFCG. Membro GPESC/UFCCG.

E-mail: flaviana_cz@hotmail.com

Francisca Bezerra de Oliveira. Professora Associada, UFCG. Doutora em Enfermagem, USP. Líder GPESC/UFCCG.

Email: oliveirafb@uol.com.br.

Iluska Pinto da Costa. Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC)/UFCCG. Especialista em Saúde Coletiva (Faculdades Integradas de Patos, FIP).

E-mail: iluskapcosta@hotmail.com

Islândia Soares de Abrantes. Graduanda em Enfermagem, UFCG. Membro GPESC/UFCCG.

Email: islania_soares@hotmail.com

Jamili Ambar Torquarto: Professora Assistente, UNICSUL. Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina/USP.

Email: jamilianbar@yahoo.com

Jesana Sá Damasceno. Graduanda em Enfermagem, UFCG. Membro GPESC/UFCCG. Bolsista do PIBIC/CNPQ.

Email: jesana@hotmail.com.

José Auricélio Bernardo Cândido. Enfermeiro da Emergência do Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota - HDGGM (Fortaleza-CE) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), Horizonte, CE. Especialista em Saúde da Família (UFC).

Email: jabcauricelio60@hotmail.com.

José Ferreira Lima Júnior. Professor Assistente, ETSC/UFCCG. Doutor em Biotecnologia em Saúde pela Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO). Líder GPESC/UFCCG.

Email: ferreirajunior@cfp.ufcg.edu.br

Joselito Santos. Professor da Faculdade Santa Maria. Doutorando em Ciências Sociais (UFRN).

Email: jslito@yahoo.com.br

Kariny Kelly de Oliveira Maia. Graduanda em Enfermagem, UFCCG.
Membro GPESC/UFCCG.
Email: kariny6@msn.com

Luisa Helena de Oliveira Lima. Professora Adjunta, UFPI. Doutora em Enfermagem (UFC). Membro do GPESC/UFPI.
Email: luisahelena_lima@yahoo.com.br.

Marcella Costa Souto: Professora Assistente, Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Mestranda em Enfermagem, UFPB. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Adulto e Idoso (GEPSAI/UFPB).
Email: marcellasouto@hotmail.com.

Maria Rosilene Cândido Moreira. Professora Assistente, UFCCG. Doutoranda em Biotecnologia em Recursos Naturais (RENORBIO). Membro GPESC/UFCCG.
Email: rosilenecmoreira@gmail.com

Maria Soraya Pereira Franco Adriano. Professora ETSC/UFCCG. Mestranda em Odontologia, UEPB.
Email: msorayapf@hotmail.com

Milena Silva Costa. Professora Assistente, UFCCG. Mestre em Saúde Coletiva (UNIFOR). Membro GPESC/UFCCG.
E-mail: milenascosta2011@hotmail.com

Mônica Rafaela de Almeida. Psicóloga da ETSC/UFCCG. Mestre em Psicologia Social (UFPB).
Email: monicaalmeida@cfp.ufcg.edu.br

Natália Oliveira Silva. Graduanda em Enfermagem, UFCCG. Membro GPESC/UFCCG. Bolsista PIBIC/CNPq/UFCCG.
Email: natalie.silva@hotmail.com

Neiva Francenely Cunha Vieira. Professora Adjunta, UFC. Doutora em Health Education, Universidade de Bristol. Bolsista de Produtividade do CNPq.
Email: neivafrancenely@hotmail.com

Perla Figueredo Carreiro Soares. Graduanda em Enfermagem, UFCCG. Membro GPESC/UFCCG.
Email: perla07figueredo@gmail.com

Reinaldo Nóbrega de Almeida. Professor Associado, UFPB. PhD em Farmacologia, UNIFESP. Vice-diretor do Centro de Ciências da Saúde/UFPB. Pesquisador CNPq.
Email: reinaldo@pesquisador.cnpq.br

Rivelilson Mendes de Freitas. Professor Adjunto, UFPI. Pós-doutor em Neuropsicofarmacologia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenador do Núcleo de Tecnologia Farmacêutica, UFPI/Laboratório de Pesquisa Neuroquímica Experimental (LAPNEX/UFPI).
Email: rivelilson@pq.cnpq.br.

Tâmara Cristina Brito Rodrigues. Graduanda em Enfermagem, UFCG. Membro GPESC/UFCG.
Email: tamaracristina-pb@hotmail.com

Tito Lívio Ribeiro Gomes do Nascimento. Graduando em Enfermagem, UFCG. Membro GPESC/UFCG.
Email: thitolivio@hotmail.com

Vânia de Vasconcelos Gico. Professora Adjunta, UFRN. Pós-Doutorado em Sociologia da Cultura, Criação e Gestão do Conhecimento pela Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
Email: vaniagico@gmail.com

Apresentação

Esta apresentação constitui-se em tarefa não menos laboral das que tenho me dedicado no cotidiano acadêmico da universidade. A sua importância está ressaltada nos esforços dos autores, sob a organização das Professoras Francisca Bezerra de Oliveira e Maria Rosilene Cândido Moreira e do Professor José Ferreira Lima Júnior que elaboraram um excelente livro traduzindo diferentes significados e dimensões da Ciência, notadamente a Saúde.

As transformações estruturais, na dimensão planetária, decorrentes dos processos globalizantes, conduzem-nos com efeito, à complexidade e às incertezas, que conjugadas nos levam a interagir na pluridimensionalidade dos fenômenos naturais e dos fatos sociais, vertentes maiores das aplicações da dedutividade e da indutividade na busca incessante dos saberes na produção do conhecimento, sendo este a reserva evolutiva *sui generis* do *Homo sapiens* como diferencial entre todos os seres vivos.

A *episteme*, aqui posta, se referencia pelos enaltecidos e consubstanciados artigos dos nossos pesquisadores, que dignificam a Universidade Federal de Campina Grande, cujo labor do cotidiano de suas atividades docentes, de extensão e de pesquisa, jungem-se à projeção de novos horizontes na publicação de suas produções científicas como contributos à Ciência e à sociedade, calcadas na perspectiva da sociabilização do conhecimento como instrumento das grandes transformações na qualidade de vida do ser humano.

Às Professoras Francisca Bezerra de Oliveira e Maria Rosilene Cândido Moreira e ao Professor José Ferreira Lima Júnior, e aos demais autores, por justiça, confiro o atestado de nítida dedicação à vocação universitária por este e vários outros trabalhos científicos publicados; não obstante, as ações laborais de sala de aula, sob a égide das aspirações por uma Universidade diferenciada e socialmente referenciada, enfaticamente traduzida pelas temáticas muito bem escritas e contextualizadas nesta edição inti-

itulada **Resgatando Saberes e Ressignificando Práticas: interfaces no campo da Saúde Coletiva.**

Assim, reservo ao leitor a oportunidade da curiosidade de ler este livro feito pelos meus estimados professores, que no convívio da minha gestão como Diretor do Centro de Formação de Professores, *Campus* de Cajazeiras/UFCEG (2010-2013) tive a oportunidade de conhecê-los, além da visão universitária que são detentores, como *Seres Humanos sensíveis, preocupados com seus semelhantes.*

A todos, um convite à leitura.

José Cezário de Almeida

Doutor em Ciências Biológicas (Microbiologia) / UFPE
Professor Adjunto da Universidade Federal de Campina Grande /UFCEG
Diretor do Centro de Formação de Professores - *Campus* de Cajazeiras
Membro do Grupo de Pesquisa Ambiental
para o Desenvolvimento Sustentável do Semiárido /UFCEG

Prefácio

O livro *Resgatando Saberes e Ressignificando Práticas: interfaces no campo da Saúde Coletiva* apresenta uma construção conjunta de temas centrados na Saúde Coletiva, resultado de reflexões as quais nos remetem a um panorama histórico, bem como de avanços e desafios que estão presentes neste cenário.

O arcabouço teórico apresentado pelos autores representa um esforço de um grupo em divulgar suas reflexões fomentadas a partir da relação ensino-pesquisa e que certamente devem contribuir para avanços de algumas das questões aqui apresentadas.

Este livro reúne trabalhos produzidos por professores e alunos da graduação da UFCG, docentes de Programas de Pós-graduação *stricto sensu* e demais pesquisadores de outras Instituições de Ensino Superior distribuídos em dez capítulos apresentados em dois eixos temáticos, *Resgatando Saberes e Ressignificando Práticas*. O primeiro eixo traz temas que discutem planos de saúde no Brasil, saúde do trabalhador, formação de recursos humanos em saúde e competências em saúde mental. O segundo eixo aborda a reforma psiquiátrica, a puericultura, o debate sobre o aborto, a promoção da saúde bucal e a fitoterapia. Constata-se uma diversidade de temas os quais devem contribuir no campo da Saúde Coletiva quer seja para o ensino ou para a prática.

Os conceitos e as políticas públicas dos temas aqui abordados são a essência dos trabalhos deste livro e neste sentido permitem ao leitor revisitar a construção histórica e legal do panorama da Saúde Coletiva no cenário mundial e nacional.

A divulgação destes estudos socializa um saber que pode, por um lado, configurar o papel da academia na produção do conhecimento como uma responsabilidade social, por outro, um despertar para construções coletivas as quais possibilitam diálogos e ampliam perspectivas para fortalecer as produções de grupos de pesquisas.

Espera-se que este trabalho coletivo possa servir para ressignificar saberes e práticas no contexto da Saúde Coletiva, bem como estimular a construção de trabalhos como este que divulgam experiências e conhecimentos.

Destarte, esta obra é uma contribuição significativa para a Saúde Coletiva, que no nosso entendimento merece ser visitada.

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/ FFOE/UFC

Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri/URCA

Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - GRUPESC-URCA

Sumário

Parte 1 - Resgatando saberes

Capítulo 1

Planos de saúde no Brasil: a atenção à saúde na perspectiva do Direito _____ 15

Capítulo 2

A saúde no trabalho: um campo de produção do conhecimento _____ 35

Capítulo 3

Formação de recursos humanos: um desafio para a promoção da saúde _____ 49

Capítulo 4

Desenvolvimento de competências em saúde mental: um olhar para a promoção da saúde _____ 63

Parte 2 - Ressignificando práticas

Capítulo 5

Reforma Psiquiátrica: saúde mental no contexto da saúde da família _____ 81

Capítulo 6

Puericultura: uma estratégia para promoção da saúde da criança _____ 99

Capítulo 7

Debate sobre aborto e Saúde Pública: a questão de vida das mulheres _____ 115

Capítulo 8

Atenção à saúde da pessoa idosa: estratégia para a promoção do envelhecer saudável _____ 133

Capítulo 9

Promoção de Saúde Bucal na Atenção Primária: o desafio da organização dos serviços _____ 153

Capítulo 10

Do saber popular à fitoterapia: situando a biotecnologia na saúde coletiva _____ 171

Capítulo 1



Planos de saúde no Brasil:

a atenção à saúde na perspectiva do Direito

Milena Silva Costa
Cícero Marcelo Bezerra dos Santos
Daniele Bezerra de Araújo
Flaviana Dávila de Sousa Soares

"Eu num tenho educação, mas saúde eu quero ter
Já paguei minha promessa, não sei o que fazer!
Já paguei os meus impostos, não sei pra quê?
Eles sempre dão a mesma desculpa esfarrapada:
"A saúde pública está sem verba"
E eu num tenho condições de correr pra privada."
(Gabriel o Pensador)

A luta pela saúde é bastante antiga, não é problema recente, e apresenta associação à preservação da vida e conquista da dignidade do homem¹.

Nosso labor, nossas preocupações nos afastam do debate sobre a saúde pública e os papéis dos planos de saúde. Somos convocados a pensar e refletir quando estamos diante de um problema grave, de situações drásticas, infelizmente. Somos instigados a responder aos seguintes questionamentos: temos a saúde que precisamos? Há o direito a uma saúde digna? Os planos su-

plementares de saúde são soluções ou paliativos? Objetivam a promoção da saúde ou é um consórcio? E o Sistema Único de Saúde (SUS) está concretizando a promoção da saúde dos brasileiros, proposta nas políticas públicas e nas Leis vigentes? Quais os avanços, os desafios e as perspectivas futuras do SUS?

Estamos há mais de 20 anos na luta pelo SUS real, verdadeiro e eficaz. Paralelamente, encontramos uma disputa acirrada entre planos suplementares de saúde, desejosos por vender seu produto por meio da oferta de diversos benefícios, os quais, por muitas vezes, não estão disponíveis no momento em que o usuário necessita, o que gera dissabores entre os pares.

Em consequência, ações judiciais estão surgindo contra estes planos. Ademais, conflitos entre as seguradoras e os respectivos clientes estão expostos na mídia; e os gestores buscam por solução paliativa e/ou resolutive. Ao certo, a assistência à saúde da população brasileira continua apresentando fragilidades quando observamos também que o SUS apresenta lacunas ao evidenciar seus princípios sendo infringidos.

Diante desse contexto, convidamos o leitor a dialogar sobre a promoção da saúde no Brasil, abordando o conceito de saúde, as discussões históricas sobre a promoção da saúde, os avanços, as fragilidades e perspectivas futuras do SUS, a origem dos planos de saúde privados, a operacionalização dos planos de saúde suplementares, o perfil dos consumidores das seguradoras de saúde e do SUS, as garantias e os direitos dos sistemas de saúde público e privado. Estes temas são instigantes para se iniciar uma reflexão sobre o objeto deste capítulo.

Significado de Saúde

São inúmeras as travessias históricas que descrevem o percurso do modelo de atenção brasileiro vigente para a promoção à saúde, já que, inexoravelmente, saúde é o maior bem que se pode buscar e ter. Assim, é relevante compreender seu conceito.

Uma das questões mais elementares e, contraditoriamente, mais complexas, no Direito Sanitário, é a formulação de um conceito jurídico do termo saúde². Se o conceito propriamente de

saúde não é dos mais fáceis, a ótica jurídica sobre esta conceituação torna-se mais complexa.

Inúmeros autores tentaram uma definição jurídica capaz de satisfazer a lacuna conceitual referente à “ausência de moléstias!”. No mínimo, a inicial proposição lançada, esqueceu-se do psíquico do ser humano. Portanto, a imprecisão da definição não furta a importância do tema, muito pelo contrário, impulsiona mais ainda.

É cediço que não há um consenso a uma única definição. Dos mais elementares conceitos, saúde é o completo bem-estar físico, mental e social que se pode ter e não, simplesmente, a ausência de doença ou enfermidade².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ofertou uma referência, um substrato para os Estados erigirem suas legislações sobre a saúde, a qual encontra-se insculpida na constituição da organização, datada de 1948.

Com o transcorrer do tempo, a evolução e a tecnologia re-dimensionaram os termos e as definições de inúmeras ciências. Verdades absolutas foram abandonadas. As grandes descobertas foram aperfeiçoadas. No entanto, outro conceito não foi suficiente para substituir a saúde conceituada pela OMS, ainda que tentasse melhorá-lo ou ampliá-la. Logo, mediante as circunstâncias, a sociedade e o momento, o conceito mencionado não restou arcaico.

Desse modo, ressaltamos que a saúde é direito fundamental, direito de segunda dimensão. Para os estudiosos do Direito, isto pressupõe afirmar que foi num segundo momento de conquistas, posterior à vitória da população pelos direitos à liberdade e igualdade, buscados nos ideais iluministas - estatuído nas constituições, as quais protegem a dignidade da vida humana em todas as suas dimensões e que deve ser pugnado para que efetivamente funcione³.

Nesse sentido, a saúde, como direito fundamental, responsabiliza o Estado da obrigação de ofertar condições para sua promoção mediante ações elencadas nas políticas sociais e econômicas que asseverem os princípios da universalidade, integralidade e equidade instituídos pelo SUS.

O artigo 196, do texto constitucional brasileiro, garante saúde à população mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos; acesso

universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁴. Este construto de saúde fortalece e vincula a atenção à saúde individual e coletiva aos diversos condicionantes sociais, econômicos, culturais, políticos, entre outros.

A Constituição Federal também apresenta os direitos sociais e dentre estes, a saúde constitui prioridade para o poder público. Já que este tem como prerrogativa potencializar as condições de vida e amparar as pessoas, as quais necessitem, isto é, estejam, em situação de risco, de modo a garantir-lhe um mínimo de condições como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, para que possam exercer, com dignidade, os demais direitos estabelecidos pela carta magna.

A saúde é um fenômeno polifacético, pois o bem-estar individual depende da colaboração do Estado e dos indivíduos². Por conseguinte, não podemos compreender a saúde como item isolado ou segregado do aspecto social. Ofertar saúde depende de um conjunto de pessoas e ações que estejam articuladas com objetivos comuns, para que o resultado possibilite proporcionar a promoção da saúde.

E o que é promoção da saúde? Segundo as diversas conceituações, consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Em face dessa conceituação, vale salientar que para a promoção da saúde, é preciso ter um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação, nutrição, habitação, saneamento, ocupação, educação, apoio social para famílias e indivíduos⁵.

Com esses conceitos, é instigante conhecer os debates que surgiram ao longo da história acerca da promoção da saúde.

Quais as discussões sobre a Promoção da Saúde?

Na história da evolução dos conceitos e ações em saúde, diversas foram as Conferências nacionais e internacionais que

renderam ao debate acerca da promoção à saúde. No panorama mundial, esses debates aconteceram face às mudanças políticas, epidemiológicas, demográficas e culturais, crises dos sistemas de saúde e novos paradigmas sobre o processo saúde-doença.

A expressão promoção da saúde foi concebida pela primeira vez por Henry Sigerist, na década de 1940, quando definiu quatro tarefas da Medicina: promoção da saúde, prevenção de doença, recuperação e reabilitação do doente, desconsiderando os pressupostos da assistência biomédica da época. Com o surgimento da medicina preventiva, no segundo pós-guerra, o conceito foi modificado por Leavell e Clark na década de 1960, com suporte no modelo da história natural da doença e seus três níveis de prevenção. Dentre elas, a promoção da saúde estava inserida na prevenção primária e tinha como propostas para promover o bem-estar, dentre outras, a nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, o trabalho, o lazer e a educação em saúde⁵.

O marco inaugural da promoção da saúde moderna, intitulado Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974, objetivou transformar comportamentos individuais não saudáveis mediante um conjunto de intervenções em resposta à necessidade de combater os custos crescentes da assistência médica e ampliar o impacto sobre as doenças crônico-degenerativas⁶.

A promoção da saúde foi apresentada na I Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa, no Canadá, patrocinada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem-estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública⁵. Desse encontro, resultou a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, considerada marco fundamental na história da saúde pública, pois reconheceu como quesitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável e a conservação dos recursos naturais e a equidade, sendo considerada um avanço da proposta da Conferência de Alma-Ata, ocorrida no ano de 1978, em Casaquistão, que estabelecia "saúde para todos até o ano 2000", através da expansão da atenção primária, pois este documento defendia a busca por soluções para estabelecer a promoção da saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional⁷.

Considera-se, ainda, que a promoção da saúde foi reconhecida, internacionalmente, em virtude, também, das conferên-

cias realizadas em Adelaide (Austrália) em 1988, Sundsvall (Suécia), em 1991, Bogotá (Colômbia), em 1992, Jakarta (Indonésia), em 1998 e México, em 2000, cujas propostas enfatizaram a “ideia de cidades saudáveis, a possibilidade de formulação de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações intersetoriais”⁵.

Na VI Conferência Global de Promoção da Saúde, em 2005, em Bangcoc, na Tailândia, com o tema: “Política e Parcerias para a Saúde: Procurando Interferir nos Determinantes Sociais da Saúde”, a globalização e sua relação com as questões da saúde foram amplamente discutidas, com o objetivo de ressaltar os aspectos negativos e positivos da difusão de conhecimentos pelos meios tecnológicos de informação⁷.

A concepção da promoção à saúde atual está vinculada a uma combinação de estratégias que envolvem ações do Estado, do indivíduo, da comunidade, do sistema de saúde e de parcerias interinstitucionais, com o intuito de desenvolver ações que possibilitem saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida⁸. Estas estratégias estão reforçadas na Política Nacional de Promoção da Saúde, que surgiu da definição da Agenda de Compromisso pela Saúde ao agregar três eixos - o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão - que visam mudanças significativas para execução do SUS⁹.

Ao considerar esse marco, a Política Nacional de Promoção da Saúde surgiu com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais⁹.

A grande dissonância é que a despeito de tantos documentos que regulamentam e conceituam a saúde, muitos são os desafios em defesa da vida. Com o passar dos anos, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, e problemas que persistem sem solução, impondo a urgência para o aperfeiçoamento do sistema.

SUS: Avanços, Fragilidades e Perspectivas

O período Ditatorial foi um marco para a negligência da saúde pública brasileira, pois não havia a participação popular e nem condições dignas de vida devido às grandes desigualdades sociais, políticas e econômicas. Em consequência, a população somente passou a buscar por melhorias de vida no final deste período.

A saúde antes vista como um bem de consumo médico instigou a sociedade civil a realizar o Movimento da Reforma Sanitária, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, com a presença de mais de 4.000 pessoas. Esse encontro representou uma mobilização histórica de luta pelo direito à saúde e aos serviços de qualidade; e resultou em um relatório que descrevia a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esse princípio ficou definitivamente garantido em forma de lei a partir da Constituição Federal de 1988 e marcou o início do SUS, como um sistema integral e universal de saúde que beneficiaria toda a população brasileira⁵.

A organização da assistência à saúde da população era o maior objetivo para a implantação do SUS e seu principal desafio era substituir o modelo hospitalocêntrico através dos princípios de equidade, universalidade e integralidade.

Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080 que definiu o modelo operacional do SUS, propondo sua forma de organização, funcionamento e disposição sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em seguida, entrou em vigor, no dia 28 de dezembro de 1990, a Lei complementar da saúde (8.142/90) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências³.

A criação do SUS implicou em novos conceitos e princípios que reestruturaram o modelo de atenção no Brasil, partindo de um referencial de saúde baseado no direito à cidadania, presupondo a resolubilidade, integralidade e humanização.

Em busca por desta reestruturação, o Ministério da Saúde elaborou estratégias de reorganização da atenção básica, sendo as de maior impacto social: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O primeiro foi criado em 1991 com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna nos municípios mais pobres do país. Já o PSF surgiu em 1994 para atuação em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em nível de atenção básica, substituindo o modelo hegemônico, centrado no médico, pelo trabalho em equipe, com estímulo à promoção da saúde e qualidade de vida, por meio de ações programáticas e intersetoriais, com a participação comunitária⁵. Estes Programas do Governo foram considerados a “porta de entrada” para os níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade.

Nesse novo cenário, o PSF apresentou uma abordagem interdisciplinar e passou a valorizar os princípios de territorialização, o vínculo com a população e a garantia de integralidade na atenção. Atualmente, denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), possui como equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e uma equipe de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental). E poderão ser incorporados também outros profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e outros⁵.

As ações implementadas pelas equipes estão relacionadas à promoção à saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos à família, elaboração do diagnóstico da área de atuação, articulação de ações intersetoriais, promoção da mobilização e organização dos moradores e a cidadania⁶.

Após a implantação da ESF e dos serviços prestados pelas equipes, houve diversos impactos positivos nos indicadores de saúde da população brasileira, evidenciados em vários municípios, como: alto nível de satisfação da população através do atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade, conseqüentemente, redução dos números de internações hospita-

lares desnecessárias; maior qualidade, cuidado à atenção prestada; elevação da resolubilidade das redes assistenciais básicas⁹.

Com esses resultados e desafios ainda existentes, novas políticas de saúde surgiram, como a Política Nacional de Saúde de Pessoa Portadora de Deficiência, em 2002; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004; a Política Nacional de Humanização, em 2004; a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, em 2005; a Política de Saúde da Pessoa Idosa, 2006, assim como o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a Política Nacional de Promoção à Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Práticas Integrativas/Complementares, dentre outras⁹.

Os resultados dessas políticas possibilitaram o declínio dos índices de mortalidade e desnutrição infantil, ampliação do acesso ao sistema público, aumento da cobertura vacinal, novas vacinas foram introduzidas no esquema de rotina (influenza, pneumocócica, meningocócica, contra hepatite B para as gestantes), elevação do número de transplantes e cirurgias eletivas (catarata), houve a regulamentação dos medicamentos genéricos, a propaganda para eliminação do tabaco e álcool, intensificação do número de municípios que passaram a receber recursos, ampliação do número de equipes saúde da família e aumento do número de consultas de pré-natal⁹.

Aos avanços do SUS, podemos acrescentar o maior número de estabelecimento de saúde e de cobertura de atendimentos, redução dos óbitos por diarreia e desidratação, avanços na saúde bucal, criação do Serviço Móvel de Atendimentos às Urgências e Emergências (SAMU)¹⁰.

Todos esses avanços aqui citados, não aconteceram em um formato linear e uniforme, mas de forma gradativa, por meio do esforço do trabalho de agentes promotores de saúde (gestores, trabalhadores de saúde) e da comunidade.

Apesar de resultados satisfatórios, o SUS permanece com alguns desafios como o de promover novos mecanismos de financiamento, aplicação de recursos, manutenção de gastos permanentes com treinamento, atualização dos profissionais de saúde, melhorias no atendimento de emergência, aumentar o número de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI); melhorar acesso para marcação de consultas e exames laboratoriais; conti-

nuar reduzindo a mortalidade infantil; aumentar a cobertura populacional com as equipes de Saúde da Família; fortalecer a atenção básica e outras ações que promovem a saúde da população.

Todos esses desafios talvez estejam relacionados à definição das formas de articulação dos serviços de saúde público e privado que ficou indefinida pela Constituição Federal de 1988, o que faz constantemente dificultar a construção do sistema de saúde brasileiro com efetividade e sustentabilidade.

Porém, é bem verdade que o SUS encontra-se em constante processo de aperfeiçoamento, uma vez que as mudanças de paradigmas geram contradições e conflitos que são resolvidos ao longo do tempo. Desse modo, as perspectivas futuras continuam em pauta e hoje após as discursões da 14ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro", novos e antigos desafios permanecem.

Esperamos que o relatório dessa Conferência possibilite experiências inovadoras que permitam melhorar o estado de saúde populacional brasileiro, pois especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e bens de saúde com consequente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas.

Origem dos Planos de Saúde Privados

A firmação de empresas que intermediam o serviço de prestação médico-hospitalar sucedeu na década de 1980, porém a origem remonta os anos de 1960¹.

Importa enfatizar que, no surgimento, estas pessoas jurídicas restaram livres, sem alguma lei que exigisse suas mínimas obrigações, a bem da verdade, como todas as relações fáticas, posteriormente, com os problemas e impasses, é que o Direito vem regulamentar direitos e obrigações, para solucionar os problemas surgidos da relação. O médico, Giovanni G. Aciole, explica que o sistema privado de saúde recebeu decisiva contribuição do Estado na implantação, financiamento e "na ausência de qualquer freio regulador"¹⁰.

Assim, aumentos injustificados e uma série de restrições ocorriam, provocando que o Estado, por intermédio do Poder Legislativo, editasse leis que amparasse os que aderissem a estes planos e estabelecessem limites às obrigações para o empresário ou grupo (cooperativa) que se proponha a executar os serviços.

No caso brasileiro, esperávamos que com a implantação do SUS, as pessoas deixariam de celebrar os contratos com tais planos e estes seriam excluídos do mercado de consumo gradativamente, visto que ante a Reforma Sanitária, a saúde passou a ser garantida mediante ações aos indivíduos e coletividade de forma integral, universal e igualitária, amparada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica do SUS, Lei 8.080/90 e 8.142/90.

Contudo, na referida Constituição foi assegurado também no Capítulo II, artigo 24, o caráter complementar do setor privado, em relação ao SUS, quando suas disponibilidades fossem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área⁴.

O artigo 199 reforçou a livre iniciativa privada à prestação de serviços de saúde quando reza que a assistência à saúde pode ser prestada por instituições privadas através de contrato ou convênio com o SUS, tendo preferência às instituições filantrópicas⁴. O espírito da norma foi nobre, contudo a prática nos encaminhou a dificuldades não esperadas pelo legislador.

O grande debate é se esses planos e seguros privados de assistência à saúde ganhariam ou perderiam forças no mercado de consumo dos brasileiros a partir dessa regulamentação na Constituição; se os gerentes desses planos e os gestores do SUS iriam implementá-los conforme a Lei, já que na Constituição vigente e Lei Orgânica de Saúde não havia o delineamento da operacionalização dos referidos planos; e de que modo esses consórcios atuariam na promoção da saúde dos brasileiros.

Nesse contexto, em 1991, iniciou o processo de regulamentação de tais planos e seguros, que motivou o Congresso Nacional a aprovar a Lei 9.656, em 3 de junho de 1998, a qual descreve diretrizes dos consórcios de saúde e direitos dos consumidores¹⁰.

Operacionalização dos Planos de Saúde Privados

Plano de saúde configura qualquer tipo de contrato que envolva a prestação de serviços da saúde ou a cobertura dos custos destes serviços, seja pelo método de reembolso de despesas pagas pelo consumidor ao prestador ou pela disponibilização de uma rede credenciada para prestá-los¹.

Por conseguinte, pode o contratante pagar mensalidades apenas, ou dependendo da opção, ele custeia uma parcela mensal e aditivada de uma coparticipação (ou franquia). A contratada pode se revestir de uma cooperativa de profissionais da saúde, uma seguradora, uma autogestão ou medicina de grupo, basta contar com o registro da Agência Nacional de Saúde (ANS) que precisará, sob um protocolo de identificação da empresa, registrar os tipos de planos oferecidos aos usuários.

Medicina de grupo domina o sistema privado de saúde, constituem-se em empresas médicas que administram planos de saúde, possuindo abrangência regionalizada, atuando fortemente, no eixo Rio-São Paulo. São geralmente de pequeno porte, ou seja, menos de 100.000 beneficiários¹.

As Cooperativas Médicas – assistência médica suplementar, na qual os médicos são sócio-proprietários e ao mesmo tempo prestadores de serviços. Assim, eles recebem de acordo com a produção individual e ainda do rateio do lucro ou prejuízo. Nasceu como uma contraposição às medicinas de grupos¹.

Com menor parte do mercado, figuram-se as seguradoras de saúde, com sua atuação clássica, cuja ação é intermediária de cobertura ou reembolso dos gastos com assistência médica, fazendo com que a doença surja como uma espécie de sinistro, assim o segurado receberá o valor previsto na apólice ou o valor desembolsado¹⁰.

Há três espécies de contratos, individual, familiar e coletivo, neste há uma subdivisão em empresarial e por adesão, naquele a adesão é automática, e neste impera a opção do funcionário. Nos planos coletivos, o aumento (reajuste) é conforme dispõe o contrato, a ANS não controla como no plano individual. No plano coletivo empresarial que tenha mais de cinquenta integrantes,

não pode conter carência específica ou cobrar a mais em casos de doenças preexistentes¹.

A origem destes planos adveio da Lei 9.656/98, pelo legislativo. O executivo, via ANS, cuidou de regulamentar os procedimentos e a operacionalização desta Lei, portanto, na antiga Resolução 82 da ANS previa os procedimentos cobertos pelos planos de saúde privado, atualmente não vige mais esta resolução, pois, em 2008, o colegiado alterou-a com revogações e editou a de número 167, esta por exigência da dinâmica e problemática dos planos veio a ruir, em 2010, sendo atualizada pela resolução 211.

A característica básica da Lei 9.656/98 é seccionar a assistência à saúde. Com este intuito de fragmentar para melhor comportar os orçamentos dos futuros egressos e de com o fito de fomentar as especialidades de alguns prestadores, legalmente, ficaram estatuídos cinco opções de coberturas. Interessante é demonstrar que a população desconhece isto, mesmo os integrantes de um ou outro plano de assistência. Inclua aqui os próprios vendedores, os quais não sabem desta existência, apenas decoram o nome dos médicos credenciados, algumas carências dos planos individuais que o cliente assina no contrato de adesão.

Ainda no raciocínio das modalidades, temos o plano referência; ambulatorial; hospitalar; hospitalar com obstetrícia e odontológico. É facultado efetuar junções, no entanto, há obrigatoriedade da oferta do plano referência. Saber isto não é muito interessante, o essencial é ter ciência do que está incerto em cada um deles. Isto sim é fundamental, conhecer para exigir.

O plano referência cobre as despesas do usuário com consultas e exames sem limites de valor ou quantidades, todas as doenças enumeradas pela OMS, partos e atendimento com padrão de enfermagem ou centro de terapia intensiva, quando for necessária a internação hospitalar, sendo proibido limite de prazo e quantidade de internações.

Já no plano ambulatorial, garantidas estão as consultas, os exames e outras coberturas no âmbito ambulatorial. Consultas de quantidade ilimitadas, apenas existindo limite para doenças mentais. Procedimentos cirúrgicos que não ultrapassem 12 horas, urgências e emergências. Ficam excluídos o cateterismo e os procedimentos mais complexos¹⁰.

Acolhidos no tipo hospitalar, estão a internação hospitalar, inclusive em UTI; as despesas com profissionais de saúde e alimentação; os exames e medicamentos; gases medicinais; as transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, transplante de córnea e rins. Excluídos ficam o tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto nos casos de obesidade mórbida) e as consultas domiciliares¹⁰.

O hospitalar com obstetrícia é a junção da cobertura hospitalar citada com procedimentos relativos ao pré-natal; assistência ao parto; e eventuais complicações pós-parto a gestante. Fricamos que o nascituro fica acobertado por 30 dias após o parto¹⁰.

O plano odontológico é por demais específico, acoberta consultas, exames, radiologia, endodontia e periodontia. Ficam asseguradas as cirurgias orais que não precisem de anestesia geral¹⁰.

Plano de Saúde Privado: complementar ou suplementar?

A partir da Lei 9.656/98, paulatinamente uma ascensão nas vendas dos planos e seguros privados de saúde fez disparar o gatilho, acionando debates sobre as condições socioeconômicas dos brasileiros, pois para sua aquisição, muitas vezes, é necessário suprimir gastos familiares; o que não está ao alcance de todos.

Outrossim, é cediço que a maioria das instituições privadas que se conveniam ao SUS não são filantrópicas e alguns acordos acontecem por conveniência de gestores. Geralmente, estas empresas de saúde não ofertam alguns cuidados de forma igualitária quando se tem um usuário do SUS e outro do plano de saúde privado. A exemplo, citamos a demora em realizar e receber exames complementares pelo SUS. Como resultado, esse usuário passa a fornecer credibilidade e adesão ao plano privado ao ler ou ser informado que na Lei nº 9656/98, artigo 18, diz que a marcação de consultas, os exames e quaisquer outros procedimentos devem ser procedidos de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos¹⁰.

Diante desse quadro, surgem reflexões quando se pressupõe não ser interesse dos administradores dos planos privados que o SUS funcione com eficácia, prejudicando financeiramente suas empresas, o que demonstra o caráter mais suplementar do que complementar, descontextualizando a proposta do SUS.

Consumidores dos Planos de Saúde: quem são eles?

Apesar de avanços em diversas áreas, o Brasil é considerado um país em desenvolvimento, constituído de uma população em transição quanto ao perfil demográfico.

Nas últimas décadas, o volume da população idosa no país acentuou-se. Assim, necessidades novas tornaram-se imperiosas para atender a demanda deste segmento populacional, instigando a sociedade brasileira.

A longevidade surgiu como uma das grandes conquistas do século XX e desafio para o século XXI. Somemos a isto o declínio na taxa de natalidade e os avanços tecnológicos que vêm ocasionando o envelhecimento da população.

É notório que o avançar da idade aduz a fragilidade do ser humano no aspecto saúde, mormente o estilo vivido e sentido pelos brasileiros na fase adulta, quase sempre uma vida sedentária, uso de bebidas alcoólicas, agitação no trabalho, excesso de tarefas para resolver em pouco tempo, reduzido número de médicos por habitantes nas regiões Norte e Nordeste, sistema de transporte e circulação urbano que estressa facilmente o trabalhador, má alimentação no cotidiano (uso abusivo de sal, açúcar e gorduras), dentre inúmeros fatos que desgastam a saúde.

Face ao estado falimentar da saúde pública, as pessoas estão buscando pelos planos de saúde. Temendo a necessidade de um serviço de saúde e a recusa recorrente do SUS, crescem as operadoras destes planos, bem como a adesão a esta modalidade particular de serviço de saúde.

Para o Direito do consumidor, ou melhor, para se caracterizar a relação consumerista, segundo a Lei 8.078/90, é necessário que a pessoa física ou jurídica adquira um bem ou serviço como destinatária final, isto é, não repasse na cadeia produtiva (como faz um comerciante)¹¹.

Por isso, as famílias aflitas recorrem aos serviços dos planos privados de saúde, como forma de fuga do SUS. Na verdade, fogem do descaso, do desrespeito ao contribuinte. É importante destacar que na relação com o SUS, não existe a proteção do consumidor, mas a interface Estado-contribuinte, pois esta recebe os serviços, não por uma compra e sim por conta dos tributos pagos pelos consumidores. Os planos de saúde privados nasceram como uma alternativa ao despreparo do Estado em garantir o direito fundamental às pessoas. Destacamos que tais planos estão completando meio século de atuação na atividade.

Paulatinamente, o que era considerado luxo ou artigo para pessoas abastadas, mudou sensivelmente de conceito e passou a ser artigo e serviço de consumo normal para famílias da classe média brasileira. Logo, apontamos os planos de “assistência familiar” que atingem classes menos afortunadas, incluindo as classes C e D, com serviço semelhante ou embasado nos planos de saúde.

Assim, são os consumidores dos planos as famílias que, imbuídas pelo temor da necessidade de assistência médica, clínica e hospitalar, precisam, e no momento, estejam desprovidas de recursos suficientes para custear o que o Estado não faz, ou tenta ofertar de maneira, ainda tímida. Com arrimo, há aqueles que não apresentam condições de pagar um plano de saúde privado e buscam por serviços de saúde ofertada pelo SUS, encontrando suas facilidades e dificuldades, principalmente quando se precisa ter uma atenção integral. Há também aqueles usuários que mesmo com as barreiras, acreditam no Sistema e fazem o SUS acontecer, pois procuram por melhorias através de associações, debates, pesquisas, discussões individuais e coletivas.

Nesse sentido, independente de quem seja, consumidor ou usuário, devem deter conhecimento quanto aos seus direitos e deveres. Não pretendemos que apenas o consumidor/pagador busque por seus direitos, desejamos que o cliente do sistema gratuito também tenha esta noção e saiba exigí-los.

Garantias para o consumidor e usuário

O direito do consumidor como codificação é recente, no entanto, é oportuno lembrar as aspirações e os fundamentos das

garantias ao consumidor conquistadas historicamente. Não se pode olvidar da história, nem apagar os registros. Houve, numa codificação da Mesopotâmia, mais precisamente no Código de Hamurabi, o espírito de tutela ao consumidor, não como uma simples proteção bilateral, mas já havia a central cobertura àquele detentor da hipossuficiência. Neste famoso Código, constava a Lei 233, a qual previa: “o arquiteto que viesse a construir uma casa, cujas paredes se revelassem deficientes, teria a obrigação de reconstruí-las ou consolidá-las às suas próprias expensas”¹². Já dormitavam a ideia e o sentimento de proteção ao consumidor.

No Código de Defesa do Consumidor brasileiro (CDC), a persistência da hipossuficiência é sempre considerada, pois é palavra-chave da relação e sempre é posta a situação de desequilíbrio do consumidor e a empresa que oferta os seus préstimos. Além disto, a vulnerabilidade é observada com muita atenção, pois o consumidor nem mesmo sabe do que necessita e é facilmente influenciado pela publicidade, *merchandising*, pelo *marketing* e agravam-se quando o trato é saúde, pois ele não conhece o tratamento ou a especialidade médica, os tipos de cobertura e abrangência dos planos.

É notório verificar nas cláusulas dos contratos das seguradoras a expressa exclusão de cobertura de despesas decorrentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Enfatizamos que se tratam de cláusulas abusivas, ou seja, para o Direito, são nulas de pleno direito, portanto, não tendo qualquer valor jurídico.

Quanto às garantias do usuário do SUS, é sabido que as Leis nº 8.080/90 e nº8.142/90 expressam os direitos à saúde nos três níveis de atenção e detalham sobre um tratamento humanizado, universal, equitativo e integral. Desta forma, não há a previsão da exclusão de tipos de doenças ou modalidades terapêuticas que possa o Estado eximir-se de ofertar a população.

Conclusão

O crescimento e as transformações no mercado de planos e seguros de saúde no Brasil fazem emergir constantemente discussões sobre os valores demarcados pelo SUS e as seguradoras

quanto à atenção à saúde dos brasileiros, visto que o delineamento das políticas e as missões de cada parte (Estado, empresas e usuários) ainda apresentam lacunas quanto à sua aplicabilidade.

Consideramos também que uma parte da população brasileira desconhece seus direitos quanto ao sistema vigente de saúde ofertado pelo Estado e aos planos e seguros privados, ao privilegiarem esta escolha de modalidade de serviços de saúde. Como resultado, ideias confusas permanecem e, conseqüentemente, outras leis vão surgindo para tentar responder às dúvidas existentes, corrigir ou criar novos problemas e/ou talvez soluções para a saúde individual e coletiva.

Essa convivência de um sistema de saúde universal com a manutenção de coberturas de sistemas privados possibilita a continuidade dos debates que objetivam a implementação de ações de saúde aos brasileiros de forma digna, integral e humanizada.

Referências

1. Salazar AL, Grou K. Novo Guia de Planos de Saúde. 2 ed. São Paulo: Globo; 2007.
2. Dallari SG, Nunes Junior VS. Direito Sanitário. São Paulo: Editora Verbatim; 2010.
3. Serrano MAM. O Sistema Único de Saúde e Suas Diretrizes Constitucionais. São Paulo: Editora Verbatim; 2009.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Da Ordem Social. Título VIII. Brasília: Centro Gráfico. Senado Federal; 1988.
5. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006.
6. Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudanças. 2 ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007.
7. Westhal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YA et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

8. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Aciole GG. A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. [acesso em 2011 Ago 09]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm.
12. Filomeno JGB. Manual de Direitos do Consumidor. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas; 2003.

Capítulo 2



A saúde no trabalho:

Um campo de produção do conhecimento

Iluska Pinto da Costa
Mônica Rafaela de Almeida
Tito Lívio Ribeiro Gomes do Nascimento
Tâmara Cristina Brito Rodrigues

“Um homem se humilha, se castram seus sonhos
Seu sonho é sua vida, e vida é trabalho
E sem o seu trabalho um homem não tem honra
E sem a sua honra se morre, se mata
Não dá pra ser feliz, não dá pra ser feliz!”
(Gonzaguinha, 1983)

Introdução

O homem é um ser genérico, que faz a si mesmo ao fazer o mundo, sendo um ser que produz significados nas atividades que realiza. E o trabalho é o momento significativo do homem, é a possibilidade da felicidade, da liberdade, da loucura e da doença mental¹.

A citação acima apresenta de maneira sintética, porém abrangente, uma possível justificativa para os esforços daqueles que se dedicam à pesquisa do tema trabalho e saúde, pois entender a forma como o homem significa sua atividade produtiva possibilita uma maior compreensão acerca do próprio homem, uma vez que, construindo através dela, ele, ao mesmo tempo, também constrói a si mesmo.

O trabalho é parte essencial da vida em sociedade, sendo ao mesmo tempo determinante para o processo de saúde ou adoecimento, dependendo da forma que é vivenciado.

A atividade produtiva pode proporcionar vivências, tanto de prazer quanto de sofrimento psíquico, uma vez que, a partir da forma como é organizado e das relações que tomam forma no espaço de trabalho, podem ocorrer tanto situações que libertam e emancipam o homem quanto experiências que levam à opressão e à alienação.

Assim, a perspectiva epistemológica utilizada neste texto apóia-se primeiramente na compreensão sobre viver e trabalhar e, em segundo lugar, na avaliação de que os limites do conhecimento científico sobre saúde e trabalho somente podem ser superados se confrontados e estimulados pelos desafios e indagações advindos da experiência, portada na primeira pessoa, daqueles que vivem as relações de trabalho.

O ponto de partida é o vivente humano em sua vitalidade, em sua atividade. Trata-se de um ser vivo que vive seu meio em uma atividade de oposição à inércia e à indiferença, um ser mais que normal, normativo, criativo, capaz de produzir novas normas em seu meio³. Desse modo, o conceito de trabalho sempre remete à renormatização, inventividade e ao caráter não totalmente padronizável da vida e do trabalho.

Conceito de Saúde e seus Significados

A discussão acerca da saúde remete a um campo complexo de ações e emoções, em que o ponto de partida é a vida³. Neste sentido, considera-se que o ser humano, para se manter vivo e satisfazer suas necessidades, mobiliza cotidianamente, dentro de si, forças ativas, inteligência e afetividade, além de se apropriar e transformar a natureza ao longo de sua existência².

Nessa perspectiva, entende-se a saúde como a capacidade do indivíduo em estabelecer normas, tolerar e enfrentar as infidelidades e as agressões do meio, o que é mais que se adaptar. Ser saudável significa, então, ser capaz de detectar, interpretar e reagir, ultrapassando a norma vigente e criando novas normas, de

acordo com as situações e com suas próprias características e valores³.

Assim, a saúde e a normalidade não caminham necessariamente juntas, uma vez que a conquista da saúde ocorre à custa de certas patologias, as quais impulsionam homens e mulheres a mobilizar sua inteligência, criatividade e habilidade⁵.

Dessa forma, a ausência de normalidade é o que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também seria normal, já que a experiência dos indivíduos incluiria também a doença. O homem porta boa saúde não apenas quando está adaptado ao meio e às exigências, mas quando se sente mais que normal, sendo capaz de adotar novas normas para a sua vida de acordo com suas necessidades³.

Portanto, a doença passa a ser vista como experiência de inovação positiva e não somente como fator diminutivo ou mutilativo do sujeito. Mesmo representando uma diminuição do potencial criativo e uma variação da dimensão da saúde, a doença é uma nova dimensão da vida, identificada ao mesmo tempo como privação e reformulação, uma possibilidade de o doente retornar ao seu estado de normalidade, saindo da impotência e do sofrimento e retomando à atividade³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. E, a VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil concebe a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde⁶.

A saúde deve ser entendida não como um estado, mas como algo ideal⁴. Os conceitos de saúde e enfermidade devem ser pensados a partir da correlação constituída entre determinantes sociais e limites ou capacidades vitais.

Logo, definir saúde, é uma tarefa complicada, uma vez que apenas aquele que sente pode definir seu estado, assim, a saúde é um conceito mutável, algo intrínseco ao indivíduo, ressaltado pela capacidade que os indivíduos têm de se proteger, de se emancipar, de encontrar saídas para seus problemas, de se reapropriar, transformando e reconstruindo sua realidade em

direção ao ideal que cada um elegeu do que seja o completo bem-estar⁷.

Assim, ser saudável é ser ativo no processo de transformação e reformulação de si e do seu meio, desobedecendo às diversas normas estabelecidas e mobilizando-se interna e externamente em um contexto particular^{3,4}.

“A vida comporta, através da saúde, um poder de agir que a doença consome”⁵. Assim, a saúde será, portanto, um eterno objetivo pessoal e original a ser atingido em busca do bem-estar físico, psíquico e social.

Nessa perspectiva, a noção de saúde é algo que se altera permanentemente como uma sucessão de compromissos assumidos com a realidade. Desse modo, a saúde altera-se, conquista-se, reconquista-se e define-se a cada instante. A saúde é um campo de negociação cotidiana e permanente que possibilita que a vida torne-se viável e sendo diretamente ligada ao trabalho é estruturante para a vida psicológica dos indivíduos^{2,7,8}.

Falando em trabalho

O trabalho não é apenas fonte de doença e de infelicidade, mas também potencializador de saúde e prazer. Na dimensão da saúde no trabalho, são considerados os procedimentos postos em ação para conquistá-la ou resgatá-la, sendo, portanto, percebida sempre como alvo, uma meta a ser alcançada².

Por exercer um papel mediador entre o homem, a natureza e a vida social, o trabalho constitui-se em espaços de dominação e submissão, bem como de resistência e transformação histórica^{10,11}.

A diversidade de definições do trabalho aponta para um conceito de natureza interdisciplinar, em que várias dimensões complementam-se e se enriquecem mutuamente.

A Ergonomia da Atividade, disciplina que estuda cientificamente o trabalho, considera o trabalho não como algo abstrato, mas como um conceito concreto, inscrito em um tempo e em um contexto particular^{12,13,14}. Consequentemente, entende-se que o trabalho é uma atividade acabada, realizada de maneira individual ou coletiva. Determinada no tempo, por indivíduos locali-

zados em um contexto envolvido por aspectos materiais, organizacionais e de relações sociais, objeto de representações diferenciadas que requer uma articulação com a dinâmica da sociedade atual^{15,16}.

Desse modo, o trabalho é a maneira pela qual os humanos se envolvem no cumprimento dos objetivos laborais, em lugar e tempo determinados, utilizando-se dos meios colocados a sua disposição. Para lidar com as variabilidades que se apresenta, o trabalhador engaja-se por inteiro, a cada momento, com seu corpo biológico, sua inteligência, sua afetividade, seu psiquismo, sua história de vida e de relações com outros humanos¹⁷.

Em vista disso, a atividade de trabalho é uma das formas de atividade humana. Esta se opõe à inércia, conjunto de fenômenos (fisiológicos, psicológicos e psíquicos) que caracterizam o ser vivo cumprindo atos. Estes resultam de um movimento do conjunto do homem (corpo, pensamento, desejos, representações, história) adaptado a esse objetivo.

A atividade de trabalho diz respeito ao modo como os trabalhadores relacionam-se com os objetivos propostos pela organização do trabalho e suas condições em um ambiente estabelecido¹². Ou ainda, a atividade é uma estratégia de adaptação à situação real, a maneira singular através da qual os trabalhadores realizam a tarefa, contribuindo para a construção da sua própria identidade.¹²

Assim, a atividade de trabalho é o elemento central que organiza, estrutura e unifica os componentes de uma situação de trabalho. As dimensões técnicas, econômicas e sociais do trabalho somente existem efetivamente em função da atividade que as põe em ação e as organiza¹².

Diante disso, pode-se perceber que o homem não é, necessariamente, passivo diante da rigidez das regras e da relação hierárquica no trabalho, mas é capaz de reagir e organizar-se mental, afetiva e fisicamente, investindo sentido em sua relação com o trabalho, sentido este que tem relação com sua história passada, suas experiências afetivas anteriores, além de suas expectativas atuais^{7,18,19}.

Desse modo, a incorporação do conceito de atividade possibilita a percepção das variabilidades inerentes às situações de trabalho, bem como o esforço pela regulação destas variabilida-

des pelos trabalhadores, de modo a motivar os trabalhadores em geral a recorrerem as suas experiências, a fim de se anteciparem aos imprevistos que são produzidas, as quais não foram previstos na elaboração teórica do trabalho^{12,14,15}.

Pensar o trabalho sob o ponto de vista da atividade humana possibilita não categorizar antecipadamente as mudanças que se encontram em curso, impede a tentativa de compreender o que irá acontecer antes da própria atuação dos sujeitos no trabalho. O ponto de vista da atividade descategoriza porque impede de utilizar um modelo único de análise⁹, sendo uma via fecunda de produção de conhecimentos.

Saúde no Trabalho: uma questão de conquista

O trabalho pode constituir-se em fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos, mas também apresentar-se como elemento gerador de processos de adoecimento, tornando-se nocivo à saúde do trabalhador^{7,20}.

O sofrimento pode servir como um avaliador das implicações positivas ou negativas do trabalho na vida dos trabalhadores em geral. Isto porque o trabalho pode ser fonte de sofrimento, levando à progressiva doença mental dos trabalhadores, ou, ao contrário, pode subverter o sofrimento, transformando-o em prazer e defensor da saúde mental do trabalhador¹⁸.

As vivências de sofrimento e adoecimento no trabalho podem ser resultantes de limitações ou impedimentos na mobilização subjetiva da inteligência prática dos trabalhadores. Em contrapartida, amplas condições para a mobilização dessa inteligência podem resultar não apenas em uma eficaz transformação do sofrimento patógeno em sofrimento criativo, mas como também em múltiplas vivências de prazer no trabalho⁷.

O sofrimento criativo aparece quando se faz possível o exercício da capacidade do trabalhador de subverter o sofrimento patógeno em favor da criatividade, favorecendo um sofrimento compatível com a normalidade. Sendo uma luta constante, encontra-se intrinsecamente relacionado ao sentido atribuído pelo trabalhador ao seu trabalho, que demanda, em premissa, um espaço

interno de negociação e manifestação do reconhecimento, de modo a promover a restauração da identidade do trabalhador e sua busca pela saúde mental⁷.

O sofrimento transformado em criatividade nos ambientes de trabalho traz consigo contribuições e benefícios à identidade do trabalhador, além de intensificar sua resistência perante os riscos de desestabilização psíquica e social²⁰. Neste sentido, um elemento torna-se indispensável: a mobilização subjetiva do trabalhador.

Diante do desafio que se constitui na organização do trabalho, a mobilização subjetiva supõe, para o trabalhador, esforços de inteligência e de elaboração para a construção de opiniões sobre a melhor maneira de arbitrar as contradições e acertar no trabalho, além do esforço para se inteirar e participar dos ambientes de convívio e da discussão de trabalho⁷. Contudo, os processos psíquicos, mobilizados pelos trabalhadores para efetuarem a transformação do sofrimento em criatividade e ajustamento entre o prescrito e o real no trabalho, estão diretamente ligados a uma forma específica de inteligência.

Não há inteligência sem mobilização individual ou coletiva das pessoas e essa forma de inteligência mobilizada frente ao real do trabalho, diante das situações inéditas e dos imprevistos, é chamada de inteligência da prática ou astuciosa⁷. Em suma, a inteligência da prática é uma inteligência do corpo, sua força e sua astúcia; está no âmago da profissão, opera em todas as atividades do trabalho, incluindo as teóricas; é fundamentalmente criativa e subversiva, amplamente distribuída entre os homens⁷.

A habilidade, a destreza e a sensibilidade técnica se memorizam e se desenvolvem no corpo, esse tipo de inteligência perpassa por uma série de procedimentos de familiarização e de intimidade com as ferramentas e os objetos técnicos, distinguindo-se do funcionamento do raciocínio lógico, pois não é o cérebro o centro dessa inteligência, mas o corpo inteiro^{20,19}. A inteligência da prática, então, caracteriza-se por ser, fundamentalmente, enraizada no corpo; por conceder mais importância aos resultados da ação do que ao caminho empreendido para chegar aos objetivos ou aos processos da cognição utilizados; por estar presente em todas as atividades, sejam elas de caráter manual, intelectual ou teórico; por ter, através do seu caráter subversivo, um poder

criador e; por fim, por ser amplamente difundida entre os homens que gozam de boa saúde^{7,14,20}.

A construção da inteligência da prática ou astuciosa é um processo contínuo, espontâneo e de fundamental importância para a construção da identidade dos sujeitos¹⁸. Imprescindível para a transformação do sofrimento em criatividade, a inteligência prática deve estar aliada a um contexto psicossocial favorável²¹.

Ao se deparar com imprevistos e falhas, o trabalhador lança mão da sua inventividade, sua dimensão criadora para modificar e ajustar a organização do trabalho prescrito às exigências da situação real do trabalho. A regulação da variabilidade e prevenção de acidentes é vivida integralmente pelo corpo, que mobiliza a inteligência prática e alerta os sentidos e o raciocínio, em prol da defesa física e psíquica e da continuidade da produção⁷.

O ser humano é capaz de reagir e organizar-se mental, afetiva e fisicamente, investindo sentido em sua relação com o trabalho, sentido este que apresenta relação direta com a história passada do sujeito, suas experiências afetivas anteriores, além de suas expectativas atuais⁴. Nesta perspectiva, surge, então, a questão fundamental: como fazem os trabalhadores para resistir às pressões psíquicas do trabalho e para conjurar a descompensação [que leva ao adoecimento] ou a loucura?²⁰.

Ao considerar a normalidade uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental e o bem-estar psíquico evidencia-se, por parte dos trabalhadores, uma luta diária travada, por meio do uso de estratégias de defesa individuais e ou coletivas, na tentativa de não adoecerem. Portanto, diante da perda de sentido e do sofrimento originário da relação do trabalhador com a organização do trabalho, assume-se o sujeito como ativo, capaz de criar e se proteger individual ou coletivamente^{18,20}.

As estratégias defensivas têm por finalidade mascarar os riscos que podem vir a existir no trabalho ou simplesmente diminuir as implicações da rigidez de certas pressões organizacionais, sobre a subjetividade do trabalhador²⁰. Os sistemas defensivos são forma de criação humana e configuram-se em recursos de enfrentamento utilizados pelos trabalhadores para suportarem as pressões psíquicas da organização do trabalho e não adoecerem, mantendo-se na normalidade¹⁸.

Diante da rigidez da organização de trabalho, fonte de sofrimento, o trabalhador utiliza-se desses procedimentos defensivos, como forma de minimizar a percepção das pressões inerentes ao ambiente e a relações de trabalho e manter a produção. A utilização das estratégias defensivas como a alienação, a negação de perigo, a agressividade, a passividade, entre outras, possibilita o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras de sofrimento.²²

É necessário que o coletivo proteja o sujeito para que ele não se veja sozinho diante da nocividade da organização e das condições de trabalho. Os sistemas defensivos individuais, muitas vezes, não abrangem a situação de trabalho, sendo necessário que os indivíduos se unam em seus esforços para produzirem uma estratégia coletiva comum^{18,20,21}.

A construção coletiva de defesas é específica de cada grupo e de cada organização de trabalho, demandando necessariamente a existência e coerência de um coletivo de trabalhadores. Entretanto, os sistemas defensivos são ambíguos, podem se voltar contra os sujeitos na medida em que mascaram o sofrimento e acabam por contribuir para agravá-lo. Autorizando, assim, a negação do real e favorecendo ainda mais os processos de adaptação do homem ao trabalho, acabando por ser utilizado e explorado em prol da produção.

Portanto, os sistemas de defesa utilizados em excesso podem ocasionar um risco de alienação e, por conseguinte, sua conversão em ideologia defensiva que possibilita dominar, estagnar ou mesmo anular a consciência do sofrimento e estimular as relações de exploração do mundo do trabalho²². Ou seja, esses sistemas defensivos podem assumir um caráter negativo ao esconderem os problemas, dificultando as ações preventivas ou mesmo as mudanças para melhoria de vida e as vivências de prazer geradoras de saúde para o trabalhador.

As vivências de prazer e sofrimento coexistem entre si no trabalho como um construto dialético. Não olvidando de que o prazer no trabalho somente pode advir do ganho obtido no registro da construção de identidade e da realização humana, por meio inevitável do reconhecimento⁷.

É através da dinâmica intersubjetiva do reconhecimento no trabalho que o indivíduo conquista sua identidade, uma vez

que o reconhecimento da qualidade do trabalho realizado inscreve-se no nível da personalidade, que torna o trabalho do sujeito único e sem igual²⁰.

O reconhecimento é a chave para a mobilização da subjetividade. Sem reconhecimento não pode haver sentido no trabalho, nem prazer e nem reapropriação em relação à alienação, apenas estratégias defensivas, sofrimento patogênico, aquele causador de doença, e desmobilização do trabalhador⁷.

No campo do trabalho, o reconhecimento exige uma formação na ordem do coletivo (equipe ou comunidade de filiação), podendo vir na forma de gratidão pelas contribuições dos trabalhadores e no ajustamento da organização do trabalho, assim como, na forma de constatação da contribuição dos trabalhadores para fazer funcionar o processo de trabalho, o inverso da recusa ou do descrédito à realidade⁷.

Por isso, o trabalhador ao ser reconhecido pelo seu trabalho, tanto por seus pares, colegas de profissão, quanto por seus chefes e clientes, tem suas vivências de prazer mobilizadas. As vivências de prazer são definidas como a liberação de energia psíquica (possibilidades de engajamento) que a tarefa autoriza^{7,20}.

Essas vivências são representadas pela sensação de bem-estar, motivação e satisfação no trabalho, sendo expressão da singularidade e criatividade dos sujeitos e estimuladas por condições favoráveis, como: a realização de tarefas com começo, meio e fim; autonomia técnica; descentralização das decisões; liberdade de expressão; desenvolvimento profissional; controle do processo produtivo e; visualização dos resultados da produção²³.

No momento em que o trabalhador desconhece o sentido do seu trabalho, há uma repercussão direta na saúde desses sujeitos, notadamente na saúde mental, com o arruinamento de toda uma dimensão subjetiva, com descompensações individuais ou mesmo violências coletivas.⁷ No entanto, quando o jogo do reconhecimento torna-se possível, o sofrimento, que viria a ser fator de adoecimento, ganha sentido em relação à identidade, sendo convertido em prazer e saúde mental.

O sofrimento e o prazer são vivenciados no trabalho, mas não pressupõem um *continuum*. O sofrimento e o prazer são linhas que não se excluem, mas também não se cruzam necessariamente^{20,21}. Portanto, se há uma maior flexibilidade na organiza-

ção do trabalho, com o planejamento das atividades, priorizando a flexibilidade, sem constrangimentos, favorecendo a mobilização subjetiva e havendo reconhecimento por isso, o trabalhador, independente do gênero, sente-se parte importante do processo de produção e, nesse momento, são garantidos a saúde e o prazer no trabalho.

Portanto, entende-se a necessidade de se compreender de forma ampliada e complexa o que seja saúde no trabalho, contemplando o indivíduo em suas dimensões biológica, psicossocial e histórica²⁴.

Considerações finais

As reflexões aqui evidenciadas apontam para a necessidade de um debate sobre a definição dos objetivos das pesquisas desenvolvidas no campo do trabalho e a importância da construção de métodos adequados para captar a experiência daqueles que vivem as situações de trabalho, considerando que estes são detentores de um tipo de saber imprescindível para a produção de conhecimento científico relativo a essa temática.

Essa perspectiva permite a possibilidade de elaborar meios para a promoção/produção da saúde, seguindo uma abordagem sintetizada no compreender/transformar, através de espaços de produção do conhecimento com os trabalhadores. Estes espaços propiciam uma reformulação do patrimônio conceitual, exigindo o exercício de uma humildade epistemológica, mobilizando para investigações articuladas com alternativas e proposições práticas. Desse modo, os trabalhadores podem apontar questões muito pouco conhecidas e analisadas, assim como alertarem para a ausência de um sistema de acompanhamento mais sistemático sobre suas condições de trabalho e os sinais de adoecimento.

A relação dialógica com os trabalhadores sinaliza conflitos e dificuldades que estão presentes em suas atividades laborais e que têm implicado em um inaceitável custo para sua saúde, que apenas podem ser compreendidos com uma abordagem situada e que privilegie suas experiências cotidianas. Assim, o maior desafio é a construção de métodos que permitam incorporar essas

experiências e desenvolvê-las, isto é, torná-las mais potentes, tendo em vista uma ampliação da capacidade de defesa da saúde.

Por isso, o diálogo, a confrontação de pontos de vista e a circulação de informações e ideias são fundamentais para que a atividade de trabalho, sempre enigmática, seja melhor compreendida e não se constitua numa oposição à conquista da saúde. Por outro lado, a formação dos trabalhadores em relação à saúde e ao trabalho apresenta-se como um elemento importante, tanto para a realização de suas atividades de trabalho (conforme as exigências de produtividade e qualidade) quanto para a geração de conhecimentos sobre essas relações e para a promoção da saúde desses grupos. Todas essas questões sinalizam a importância de se apreender, de forma articulada, o binômio trabalho-saúde.

Acredita-se que a saúde no trabalho passa pela via da autonomia do trabalhador e de uma maior liberdade para que a diversidade humana seja expressa através dos indivíduos.

Desse modo, a busca por ambientes de trabalho mais estimulantes e saudáveis passa pelo reconhecimento daqueles que investem seu tempo de vida e sua subjetividade em uma atividade laboral e pelas relações interpessoais que podem desencadear tanto vivências de prazer quanto de sofrimento.

Para que tudo isso ocorra, é imprescindível que a organização do trabalho assuma sua responsabilidade pelos efeitos sociais de suas políticas, que passam pela saúde física e mental dos trabalhadores e influenciam a própria forma como a sociedade está organizada.

Referências

1. Codo W, Sampaio J, Hitomi A. Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993.
2. Neves MY, Athayde M, Muniz H. Notas sobre saúde mental e trabalho docente a partir de uma investigação com professoras de escolas públicas. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. (orgs). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo (pp. 302-321). Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

3. Canguilhem G. (Ed.) O normal e o patológico (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (obra original publicada em 1995).
4. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde de Ocupacional*, 54 (14), 7-11, 1986.
5. Brito J, Athayde M, Neves MY. *Cadernos de Textos. Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2003.
6. Caponi S. Georges Canguilhem y el Estatuto Epistemológico del Concepto de Salud. *História, Ciências, Saúde, Maguinhos*, 5(2), 287-307, 1997.
7. Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LL, (orgs). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz, 2004.
8. Silva ACB. A gestão de unidades básicas de saúde frente ao desafio da estratégia de saúde da família. .Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
9. Schwartz Y. Trabalho e ergologia. In: Schwartz Y, Durive L. (Orgs) *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana* (p. 25-36). Brito J, Athayde M. (Orgs. da tradução). Niterói: EdUFF, 2007.
10. Abrahão JI, Santos V. O controle no trabalho: os seus efeitos no bem-estar e na produtividade. In: Tamayo A (org.). *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
11. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25 (5): 341-349, 1991.
12. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. *Compreender o Trabalho para Transformá-lo - A Prática da Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
13. Abrahão J, Torres C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. *Revista Produção*, 14 (3), 2004.
14. Athayde MRC. *Gestão de Trabalho e Modernidade. Questões para a Engenharia de Produção*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

15. Daniellou F. A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgar Blücher, 2004.
16. Wisner A. A Inteligência no trabalho: textos selecionados em ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.
17. Dejours C. Conferências brasileiras. Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: FUNDAP, 1999.
18. Dejours C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: Hirata H. (Org). Sobre o modelo Japonês. São Paulo: Edusp, 1993.
19. Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.
20. Dejours C, Abdoucheli E. Psicodinâmica do trabalho. Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
21. Neves MY, Seligmann-Silva E, Athayde M. Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção. In: Araújo A, Alberto MF, Neves MY, Athayde M. (orgs). Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
22. Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortez Ed, 1992.
23. Mendes AM, Morrone CF. Prazer e sofrimento psíquico no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: Mendes AM, Borges L, Ferreira MC (org). Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.
- 24 Brito J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência & Saúde*, 10(4): 879-890, 2005.

Capítulo 3



Formação de recursos humanos: um desafio para a promoção da saúde

Edineide Nunes da Silva
Jesana Sá Damasceno
Joselito Santos
Vânia de Vasconcelos Gico

“O Ser humano é um ser de participação, um ator social, um sujeito histórico pessoal e coletivo de construção de relações sociais o mais igualitárias, justas e fraternas possíveis dentro de determinadas condições histórico-sociais”

Leonardo Boff

Os Recursos Humanos em Saúde – (RHS) podem ser considerados um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações voltadas a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, na medida em que constituem recursos potenciais e efetivamente mobilizáveis para a realização de ações de saúde. Sendo necessário para o seu aperfeiçoamento um conjunto de políticas e de práticas que tomam como objetivo aspectos específicos da formação, distribuição e utilização de pessoal de saúde, bem como a mobilização de propostas que incidam sobre as instituições públicas ou privadas responsáveis pelo ensino-pesquisa e prestação de serviço na área de saúde¹.

A discussão relativa à formação de RHS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se por intermédio das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), especificamente a partir da 4^a,

realizada em 1967, ocasião em que se discutia a necessidade de se ter uma política permanente de avaliação de RH, uma vez que estes eram entendidos como “Capital humano”, e as escolas formadoras não apresentavam estrutura curricular muito flexível, o que distanciava a formação do cotidiano dos RHS, com lacunas sobre este aspecto. No entanto, foi a partir da 8ª CNS que as discussões a este respeito tomaram um rumo, desencadeando a realização de uma Conferência específica para este assunto. Em 1986, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), espaço em que se discutiu sobre a elaboração de uma política de gestão e formação de RHS².

Em 1993, foi realizada a 2ª CNRHS, sob a lógica de avaliar a saúde do povo brasileiro a partir do processo de implantação do SUS, enfatizando a necessidade de promover a organização do desenvolvimento, da formação e da gestão do trabalho. Essa lógica evidenciou a preocupação dos SUS com RHS em dois subtemas: a formação e a gestão do trabalho em saúde. Deste processo, resultou a elaboração e aprovação de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), assim como a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão do Ministério da Saúde (MS)².

Nesse âmbito são muitos os esforços do Ministério da Saúde para a reorientação das práticas de formação e trabalho em saúde. Atualmente, este debate vem sendo aprofundado e discutido junto a outras instâncias, a exemplo, o Ministério da Educação (ME) que em conjunto com o MS normatiza e implementa ações e programas voltados a atender tal necessidade, dentre eles: Diretrizes Curriculares Nacionais, mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED) e Enfermagem (PROENF), e, atualmente o PRÓ-SAÚDE, programa que reorienta os cursos da área da saúde, de modo particular os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, profissões inseridas na ESF.

Vários acontecimentos vêm sendo produzidos em relação ao desenvolvimento de RHS, gerando o aprofundamento do debate sobre os processos de formação de pessoal de nível superior, definição de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para todos os cursos da área de saúde pelo Conselho Nacional de Educação, com o objetivo de promover e apoiar iniciativas de reorganização curricular que contribuam para a formação de profissionais dota-

dos de conhecimentos e proficiência técnica que os habilitem a uma prática competente, ética e socialmente responsável, estimulando a adequação dos graduandos aos conhecimentos e serviços prestados pelas instituições acadêmicas às necessidades do SUS¹.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais foram um importante passo para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam regras para a organização de cursos e favorecem a construção de compromissos da universidade com o SUS. As DCN, apoiadas pelo Ministério da Saúde, estão orientadas à superação de alguns problemas. Pretende-se com elas alcançar profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de considerar a realidade social para prestar a atenção humana de qualidade que as universidades estejam abertas às demandas sociais e sejam capazes de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Intenta-se também transformar o modelo de atenção, fortalecendo a promoção e prevenção, oferecendo atenção integral, e a autonomia dos sujeitos na produção da saúde³.

Ao se discutir a formação de RHS para o SUS, os aspectos ora elencados são bastante pertinentes, uma vez que há de fato a necessidade efetiva de redirecionar a base curricular dos cursos de graduação e, conseqüentemente, a prática profissional para o contexto de saúde vigente no país. Destaca-se, ainda, a necessidade de um novo olhar voltado à adequabilidade das diretrizes curriculares para os cursos na área de saúde, tendo como pilar central o direcionamento destes para a preparação dos profissionais aptos às exigências do modelo assistencial atual, com ênfase para a ESF. Através dele, tende-se a desenvolver políticas de promoção da saúde, com a efetivação de políticas reorientadoras e responsabilização mútua (gestores, profissionais, comunidade) no âmbito comunitário e coletivo.

Pensar nessa perspectiva é salutar, observando-se que persistem inúmeras lacunas na formação profissional. A propósito dessa afirmação, corrobora-se Cecim e Feuerwerker³, quando refletem que o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos da área básica e conhecimentos da

área clínica. A perspectiva tradicional do ensino na educação superior não tem priorizado estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes.

Esses aspectos contribuem para que, durante a formação, o estudante não consiga perceber o ser humano em sua totalidade, relegando a segundo plano o conceito de integralidade. Em consequência, adota o saber tecnicista advindo da profissão, cujo princípio visa à realização de técnicas que influenciam na necessidade atual do indivíduo, por intermédio de práticas compartimentalizadas, pontuadas, sem continuidade e sem perspectiva de promoção da saúde, mas, apenas, com ênfase na assistência curativa.

Em contraposição, a formação de RHS não pode tomar como referência apenas a busca eficiente por evidências ao diagnóstico, ao cuidado, ao tratamento, ao prognóstico, à etiologia e à profilaxia de doenças e agravos. Deve buscar pelo desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas⁴.

Nessa conjuntura, verifica-se que a produção do conhecimento e a formação profissional estão marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos hegemônicos. O que dela resulta redefinir referências e relações com os distintos segmentos da sociedade, no sentido de a universidade construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades. No campo da saúde, é indispensável que produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviço sejam tomadas como elementos indissociáveis de uma nova prática³, também social e coletiva.

Formação profissional e Ensino Superior

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB N°9394/96) fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, cuja finalidade do Ensino superior pode ser vislumbrado no Art. 43, sendo aquele que “objetiva a pesquisa, desenvolvimento das ci-

ências, letras e artes, e a formação de profissionais de nível universitário". O Art. 44 versa sobre as modalidades do ensino superior existentes, quais sejam: graduação: abertos à matrícula de candidatos que hajam concluído o ciclo colegial ou equivalente, e obtido classificação em concurso de habilitação; Pós-Graduação: abertos a matrícula de candidatos que hajam concluído o curso de graduação e obtido o respectivo diploma; Especialização, aperfeiçoamento e extensão, ou quaisquer outros, a juízo do respectivo instituto de ensino acessíveis a candidatos com o preparo e os requisitos que vierem a ser exigidos⁵.

A educação superior brasileira tende a se expandir cada vez mais, este crescimento se deve, por um lado, à grande expansão que vem ocorrendo no Ensino Médio, o qual vem alcançando taxas de até 20% ao ano em algumas partes do país, aumentando desta forma o *pool* de candidatos aos cursos superiores. Por outro, aos grandes benefícios sociais e econômicos que ainda resultam da obtenção de um diploma superior, o que se evidencia nos grandes diferenciais de renda que existem no Brasil entre os detentores de diplomas de nível superior e o restante da população⁶.

No campo da saúde, são muitas as iniciativas de expansão, destacando-se as políticas voltadas à interiorização do Ensino Superior, que possibilita a abertura de novas faculdades e cursos em cidades interioranas, que acolhe defensores e pensamentos contrários. Para alguns, é um ponto positivo, pois aumenta as oportunidades de pessoas ingressarem na universidade. Para outros, desqualifica o Ensino Superior, uma vez que as cidades menores apresentam dificuldades de oferecer condições adequadas para uma formação realmente eficaz, em virtude de algumas limitações existentes.

Apesar de muitas iniciativas, quando se observa o Ensino Superior e a formação dos profissionais de saúde, verifica-se que grande parte das instituições de ensino, tem investido no conhecimento fragmentado em disciplinas e/ou especialidades. O resultado desta construção do conhecimento compartimentado é a formação de racionalidades com base no modelo restrito à especialização que dificulta um saber para além da respectiva área. Essa concepção é expressa no currículo, pautada por disciplinas e conhecimento desintegrado e descontextualizado. É impossível

conhecer as partes sem conhecer um todo, assim como é impossível conhecer um todo sem conhecer as partes⁷.

Como resultante dessa conjuntura, tem-se uma formação fragmentada, extensiva a outros níveis de formação, como tem demonstrado a prática cotidiana nos cursos de graduação e pós-graduação. A observação de educadores na “lida” diária permite apresentar neste ensaio, de modo sintético, aspectos cruciais que implicam na formação e corroboram essas reflexões, as quais são: valorização da formação tecnicista em detrimento da formação integral; baixa adesão a conteúdos teóricos-políticos; e supervalorização dos conteúdos práticos, denotando deste modo uma fragilidade para a concretude da formação integral, tão esperada.

Valorização da formação tecnicista

Formar profissionais aptos a atuarem no novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de promoção da saúde não se constitui uma tarefa fácil. Esta dificuldade acontece como reflexo do modelo de formação destes profissionais: hospitalocêntrico, biologicista, biomédico, fragmentado⁸. Essas características, do chamado modelo flexneriano, utilizam metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora ou, como assevera Freire⁹, uma “educação bancária”.

Em se tratando do modelo flexneriano, proposto no início do século XX por Abraham Flexner, o conhecimento é fragmentado de acordo com percepções específicas de diferentes áreas do saber, desconsiderando a óbvia inseparabilidade entre as partes e a totalidade do ser humano. Divide-se a unidade complexa da pessoa em partes cada vez menores do domínio científico¹⁰.

Essas características, embora de origem remota, continuam arraigadas no âmbito da formação atual dos profissionais de saúde. O resultado influencia na formação dos estudantes, na qual tais aspectos podem ser visualizados ao se perceber que os estudantes dão maior ênfase à formação tecnicista do que a formação integral. Continuam focados na reprodução do modelo biomédico que enfatiza a formação técnica com predominância da abordagem na doença e não no doente; na realização de medidas curativas ao invés de preventivas, relegando ao segundo

plano os diferentes contextos da integralidade da assistência aos indivíduos e comunidade.

No cerne de sua formação, os estudantes sentem necessidade de visualizar a realidade do trabalho em saúde ainda precocemente, exigindo a antecipação do aprendizado prático. Para tanto, “atropelam” etapas subseqüentes, cujo resultado pode ser expresso em uma formação com fins práticos e utilitaristas, com ênfase para o “fazer” tecnicista, ou seja, a prática pela prática, postura decorrente do próprio sistema de ensino no qual estão inseridos.

No seio desse fazer, o ser humano passou a ser visto à luz do modelo reducionista, no qual o homem passa a ser reduzido a um conjunto de órgãos e sentidos, deixando de ser o sujeito ativo da situação, colocando-se de forma passiva, através da qual a ênfase será dada ao seu estado patológico bem como as técnicas e/ou procedimentos a serem prestados em seu tratamento. Talvez seja esta a justificativa encontrada para a necessidade excessiva de abordagens práticas em supressão do saber integral, como se todo o mal que aflige o paciente pudesse ser sanado pelas técnicas. Preocupa-os que o avanço extraordinário no conhecimento das doenças, faça-nos esquecer do ser humano enfermo e, equivocadamente, passem a tratar doenças de pessoas e não pessoas que circunstancialmente estão doentes.

Outro aspecto central é a circunscrição do conhecimento da doença como contrário à saúde ou oposto dela, e saúde como elemento “figurativo”, no contexto do elenco das disciplinas, pois devem ser “preparados” para tratar da doença e não da saúde em sua dimensão mais elástica e complexa, ou seja, saúde e doença como processo. Fixam-se mais nas abordagens da etiologia e unicausalidade da doença, suplantando a multifatorialidade e multidimensionalidade que carrega e a constitui, resultando, na prática, em atos profissionais centrados em um paciente descontextualizado de um todo mais amplo.

Observa-se que a filosofia tecnicista coloca o sujeito em segundo plano para evidenciar o objeto, seu foco principal, e também dualizar outras relações: corpo/espírito, quantidade/qualidade, causalidade/finalidade, razão/emoção, determinismo/liberdade, essência/existência. Conhecer de modo fragmentado é conceber a máxima do modelo clássico disciplinar,

obscurecendo a percepção do humano em sua potencialidade plena, tornando o que é indivisível em demasiadamente divisível, desintegrando-o¹⁰.

Discutir a formação de profissionais em saúde requer também pensar a reorientação de práticas em saúde, o que também implica refletir como se constituem e se manifestam os princípios do sistema de saúde, considerando-se, como central, a integralidade, que demanda a conjunção dos demais que a estruturam. Pensar e fazer integral requer a participação de todos os atores envolvidos na formação - professores, alunos, gestores - percebidos como pessoas-agentes indissociáveis de suas ações como valores inalienáveis a uma prática integral. Eles não podem ser tomados como meros sujeitos de uma prática desconexa e avessa que também os afeta, no seu modo de ser, pensar e fazer cotidiano, em sala de aula e fora dela, em seu contato com as pessoas, com a comunidade, com os usuários e com suas famílias. Eles devem prerrogar que é preciso retomar o conceito de pessoa integral como valor para que a saúde recomponha seu maior valor, a própria pessoa. Esse é um pensamento integral, sem o qual a integralidade, enquanto filosofia sistêmica, não pode existir.

Uma formação integral baseia-se na contraposição ao modelo hegemônico de formação, é pautada em princípios que propõem à compreensão integral do processo saúde-doença, tendo o indivíduo como o centro deste processo, e no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, implica numa assistência mais “humanizada” e integral, a partir da compreensão global do homem e suas necessidades, respeitando a plenitude de seus direitos enquanto cidadão. Deste modo, seu objetivo não é apenas o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado à saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde¹¹.

Baixa adesão a conteúdos teóricos-políticos

De modo geral, salvo raras exceções, tem-se verificado baixo interesse dos estudantes na atenção e discussão dos conte-

údos teóricos e políticos, que a eles permanecem alheios, como se os mesmos não fizessem parte ou não fossem necessários à formação e à orientação para uma prática eficiente. Há uma baixa adesão a conteúdos de natureza social e humana, como se estes integrassem uma outra gama de conhecimentos não concorrentes a sua formação em saúde. A compreensão de um corpo que se estende além de uma visão biológica, fisiológica e anatômica, ou seja, social e culturalmente edificado, soa como mero discurso que pouco implica na prática efetiva na atenção ao doente. Não percebem que o conteúdo de disciplinas das ciências sociais e humanas é fundamental para a formação integral, sobretudo para formá-los sob uma criticidade tão necessária ao exercício profissional ético e político. O desinteresse pela teoria dificulta a compreensão acerca da própria crítica à produção e aplicação do conhecimento, e como este, quando adequadamente compreendido, torna a prática bem mais efetiva e consciente; ao contrário, aceitá-lo como mero instrumento técnico-prático repercute ainda mais na redução da capacidade crítica e na fragmentação do fazer e do pensar.

A esse respeito, descreve-se que o conhecimento não pode ser considerado, sem que sua essência seja compreendida, da mesma forma que o conhecimento do conhecimento deve aparecer como necessidade primeira¹². A supremacia do conhecimento fragmentado, de acordo com disciplinas, impede frequentemente de operar o vínculo entre as partes e a totalidade, devendo ser substituída por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto.

Ao contrário das ideias expressas por Morin¹², percebe-se entre os estudantes que os conceitos e as teorias apreendidos são de pouca relevância, pois não geram resultados práticos e imediatos para os fins que desejam enquanto profissionais – o mero fazer. Entretanto, são os conceitos e as teorias que irão fundamentar uma formação adequada, pois motivam a reflexão sobre o *porquê fazer*, como *fazer* e os *pressupostos que justificam o fazer*, conhecimentos estes relegados a segundo plano pelos alunos, que almejam e anseiam por aprender a prática sem, contudo, conhecer a teoria que a originou.

Tal percepção é fruto de uma formação tecnicista, fragmentada, intimamente relacionada ao sistema de ensino vigente,

que embora tenha passado por reformulações através da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais que objetiva aproximar a formação dos profissionais às exigências do SUS, influenciado também pelas Políticas de formação de Recursos Humanos em Saúde, o sistema educacional ainda continua centralizado na formação tecnicista. Corroborando essa noção, considera-se que esta formação é baseada no enfoque biologicista e utilitário, oriundo tanto do referencial técnico-científico das instituições formadoras quanto das exigências de busca de produtividade e competitividade constituídas no próprio mercado de trabalho¹³.

Entretanto, ressalta-se que o estudante não é o responsável direto por esta situação, uma vez que ele é fruto de um sistema repleto de fragilidades, centrado na “transmissão” do conhecimento sem, contudo, ser levado, muitas vezes, a problematizá-lo. O conteúdo alcança o estudante de forma vertical, ou seja, de cima para baixo, numa situação hierárquica de saber, em que o professor se coloca como sujeito ativo do processo, enquanto o aluno assume a passividade na situação, não obstante, como sujeito inapto para subverter a ordem do processo de aprendizagem, tão castrado é/foi para operar suas faculdades de conhecimento e apresentá-las perante o “mestre”.

Ao lançar um olhar mais amplo sobre esta problemática, identifica-se o professor como agente formador de opiniões, no entanto, este compõe uma escala hierárquica, na qual o seu papel é “cumprir e/ou abordar”, o que está previamente determinado nas matrizes curriculares dos cursos. Os cursos, por sua vez, encontram-se ainda aquém dos padrões elegíveis para uma formação integral em decorrência de que o tecnicismo é preponderante na estrutura dos currículos. Isto contribui para o desinteresse exacerbado de abordagens teóricas e a ênfase excessiva na prática, relegando a capacidade intelectual de pensar e compreender teorias que englobam não somente aspectos patológicos, mas o contexto integral no qual reside o ser humano. É pertinente considerar a importância da prática, no entanto, é conveniente compreender que a mesma deve estar associada à teoria, evitando, deste modo, uma visão descontextualizada deste binômio, o que pode resultar numa visão estritamente instrumental do fazer - visão do fim sem a compreensão do processo que o origina.

Deste modo, ter uma visão ampliada é essencial, em virtude da condição biopsicossocial do homem que precisa ser considerado em todas as suas dimensões. Assim, os conteúdos curriculares necessitam ser revistos, pois somente conteúdos das ciências biológicas não têm conseguido abranger integralidade e determinantes que atuam sobre a saúde. Conteúdos da sociologia, antropologia, políticas públicas e sociais, economia, planejamento, comunicação e outros, necessitam ser incorporados aos currículos atuais da área da saúde.

A visão obsoleta em relação à aquisição de conhecimentos teóricos impede o estudante de desenvolver o que se denomina de espírito pensador. Tal situação diverge do que é preconizado no primeiro pilar da educação o “aprender a conhecer”, que na percepção de Delors¹⁴, significa a aquisição de instrumentos da compreensão, em que o indivíduo deverá compreender que aprender para conhecer supõe, antes de tudo, aprender a aprender, exercitando a atenção, a memória e o pensamento, considerando que o processo de aprendizagem do conhecimento nunca está acabado e pode enriquecer-se com novas experiências. O segundo pilar consiste no “aprender a fazer” para poder agir sobre o meio envolvente, devendo esses dois primeiros pilares serem indissociáveis. O terceiro pilar compreende a necessidade de “aprender a viver juntos”, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente “aprender a ser”, via essencial que integra as três precedentes. Neste contexto, cabe considerar a importância de integrar na formação do estudante os pilares da educação, considerando-os como saberes essenciais à postura de um bom profissional.

Reflexões finais

O ideário de uma saúde ampliada persiste e, assim, busca-se por uma equação para equilibrar a noção e a existência de um sistema de saúde erguido sob a égide da integralidade e da equidade, com fins sociais e democráticos. Por outro lado, urge refletir sobre a fragmentação do conhecimento, a hiper-especialização, a força do capitalismo médico e das corporações biofarmacêuticas e da mercantilização do ensino e das práticas de saúde. Num ou-

tro hemisfério, não obstante, outro ideal: a promoção da saúde, na confluência desses mundos contrapostos.

A emergência de uma promoção à saúde também vige quando se pretende mudar velhos paradigmas, a propósito da formação e da prática em saúde. Pensar simplesmente numa promoção à saúde sem incluir uma “arquitetura” pedagógica de formação e uma reformulação nas bases do ensino resulta em efeitos colaterais importantes – propor por propor. Acrescente-se a esse conjunto, a ineficiência questão e formular saídas adequadas às necessidades reais de sujeitos “reais”, sobretudo os mais pauperizados, que constituem um grande conglomerado de vulnerabilizados pelas iniquidades – social, política, econômica. Promover saúde é muito mais que uma proposição: requer uma ação ou conjunto delas, com sujeitos sociais capazes e aptos a supri-las mediante políticas equânimes.

Por outro, considera-se que um ideal somente se afirma quando faz parte de um grande projeto conciliado com outras prioridades nacionais “reais”. No Brasil, isso é ainda mais patente, ao passo em que metade da população não tem acesso ao esgoto sanitário, multiplicam-se as clínicas e hospitais especializados nas mais diversas áreas da medicina. A cada dia surge novos métodos diagnósticos, novos fármacos e novas especialidades, e encarecem as despesas com saúde, num ritmo em que o setor público não consegue acompanhar ou fazer cumprir o que prega a constituição. De modo avassalador, surgem novas instituições de formação, milhares de profissionais se formam todos os anos sem que isso signifique ganhos sociais importantes em saúde; as iniquidades continuam, inclusive no acesso e na efetivação dos direitos.

Por conseguinte, pensar a promoção da saúde também representa pensar como a formação está imbuída dessa missão no seio da atenção básica e como esse panorama repercute nas ações da ESF, que deve promover saúde, considerando os diversos determinantes sociais e o papel que deve ser exercido por cada profissional enquanto sujeito ativo do processo de que necessita o SUS e as práticas de saúde. Esse é o desafio. E, cabe a cada um dos atores desse contexto, inclusive os educadores, potencializar forças e fomentar essa discussão em momentos de aula e de encontros, junto aos estudantes, comunidade, representantes políti-

cos e segmentos diversos, procurando sensibilizá-los acerca dessas mesmas questões, deste mesmo ideal, o qual acredita-se que seja de todos.

Referências

1. Paim J, Teixeira C. Conjuntura atual e formação de Pessoal em Saúde: problemas, desafios e oportunidades. Texto elaborado para o Seminário nacional de Rede UNIDA, Londrina; 2002.
2. Ferreira MAL, Moura AAG. Evolução da Política de Recursos Humanos a partir das análises das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Recife: Fiocruz; 2006.
3. Ceccim RB, Feuerwerker, LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 20, nº 50, Rio de Janeiro; Set/Out 2004.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Lei N. 4.024, De 20 de Dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília; 1961.
6. Schwartzman S. A Revolução Silenciosa do Ensino Superior. In: O Ensino Superior em Transformação. São Paulo; 2000, Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior (NUPES/USP), pp 13-30.
7. Silva EVM, et al. Currículo com abordagem integradora e interdisciplinar. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Publicação do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CANASEMS; 2008.
8. Cutolo LRA. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. 2000. Tese - UFSC, Florianópolis; 2000.
9. Freire P. Educação e mudança. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005a.

10. Siqueira JE. Universidade: uma ponte para o futuro. Ed. cultura. São Paulo; 2001.
11. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Revista Interface – comunicação, Saúde, Educação. V.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev.2005.
12. Morin E. Os sete saberes necessários a educação do futuro. 10. Ed., São Paulo: Cortez, Brasília, DF: Unesco; 2005.
13. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Revista brasileira de educação médica, 136, Rio de Janeiro, v. 29, nº 2, maio/ago; 2005
14. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo/Brasília: Cortez/MEC/UNESCO; 2000.

Capítulo 4



Desenvolvimento de competências em saúde mental: um olhar para a promoção da saúde

Álissan Karine Lima Martins
Neiva Francenely Cunha Vieira
Francisca Bezerra de Oliveira
Perla Figueredo Carreiro Soares

"Homem algum, por mais conhecimentos que tenha, pode ser chamado de culto enquanto existir uma brecha entre seu saber e seu modo de viver." (Powys)

O desenvolvimento das atuais práticas em saúde tem se pautado em referenciais que enfatizam a incorporação de saberes voltados ao cuidado integral dos sujeitos, valorizando as demandas biopsicossociais e os determinantes inclusos no cenário de vida. Com isso, mais que o tratamento, as práticas em saúde consideram formas de promover a saúde, prevenir agravos e reabilitar, incluindo, neste processo, o indivíduo e a comunidade como importantes elementos, com a valorização do empoderamento dos sujeitos e a capacidade de participar ativamente das condições que possibilitem o alcance da qualidade de vida numa perspectiva integral e que considere a promoção à saúde uma prioridade.

Em saúde mental, a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, as condições de atenção perpassaram por inúmeras mudanças permeadas por referenciais que enfatizam a desinstitucionalização da assistência e a prioridade por cuidados de res-

gate da cidadania pelas pessoas em sofrimento mental. Com isso, de um modelo baseado na tutela e no controle das condições, consideraram-se perspectivas para maior cooperação e participação dos indivíduos, familiares e comunidades dentro do plano terapêutico de atenção, concedendo à saúde mental uma conotação que ultrapassasse o adoecimento, e que incorporassem outros aspectos relacionados aos determinantes sociais da saúde e à saúde como um todo.

Para isso, na assistência, o enfermeiro como os demais profissionais tem se deparado com um novo fazer em saúde mental, que exige diferentes habilidades: relacionar-se, comunicar-se, articular sujeitos frente a uma causa, dentre outros, práticas que perpassem a noção de cura e tratamento, e que vejam oportunidades na promoção da saúde, prevenção de agravos e na reabilitação. Isto significa expandir a atuação daquela preconizada no modelo biomédico e ampliar o cuidado para atenção integral, considerando o meio em que se encontra. Nesse contexto, o profissional de enfermagem é motivado a reconhecer novas competências que o instrumentalize para um fazer que permita alcançar melhores modos de proporcionar atenção à clientela assistida em consonância com os referenciais de Promoção da Saúde.

Promoção da Saúde: referência para o cuidado integral

As atuais práticas em saúde buscam por referenciais que permitam o acolhimento de uma visão integral da saúde. Esta perspectiva abrange a abordagem da saúde e as diversas articulações necessárias para o intervir, de modo a considerar os fatores que interferem sobre as questões de saúde, quais sejam, educação, moradia, trabalho, renda, dentre outros.

Nesse sentido, a Carta de Ottawa situa a Promoção da Saúde como nova proposta de atuação em saúde, sendo o processo de alcance de maior qualidade de vida, contando com a participação da comunidade para este fim. Para se alcançar tais perspectivas, são considerados o investimento em políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis a saúde, reestruturação dos serviços em saúde, participação da comunidade e incremento das habilidades das pessoas¹.

A Promoção da Saúde envolve uma série de ações, alcançando o acréscimo da saúde a partir da prevenção, cura e reabilitação, contando com a participação dos inúmeros sujeitos, sejam eles usuários dos serviços, familiares, componentes da rede social, trabalhadores de saúde e demais membros da sociedade civil. Como uma das possíveis estratégias de produzir saúde, contribui para ações que podem responder às necessidades sociais em saúde, mediante a operação articulada entre políticas dos vários setores e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde.

Passa a ser, portanto, importante referencial que pauta as políticas em saúde nos diversos cenários mundiais, adequando-se aos contextos locais para formas de atuação que representem ganhos tangíveis na conjuntura de vida da população. No Brasil, acompanhando as tendências mundiais antecedidas pelas Conferências Internacionais de Cuidados Primários à Saúde e as demais Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde².

Entre os objetivos, a Política Nacional de Promoção da Saúde almeja promover qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (estilos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, cultura, lazer, acesso a bens, dentre outros).

Desse modo, a atual Política Nacional de Atenção Básica, por intermédio do Pacto pela Vida, define como prioridade a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção em saúde no Sistema Único de Saúde³. A Portaria N^o 648, de 28 de março de 2006, garante a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica, pela revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).

No Pacto pela Vida são reconhecidas áreas prioritárias, para as quais se devem direcionar ações que promovam melhorias nos indicadores de saúde relacionados às questões identificadas. Desse modo, em 2008, a Portaria 325/GM, de 21 de fevereiro, estabeleceu como prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008 as já presentes anteriormente no Pacto pela Vida de 2006, sendo inseridas as ações sobre a saúde do trabalhador, o fortalecimento da capacidade de respostas do sistema de saúde às

pessoas com deficiência, a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência, saúde do homem e a saúde mental⁴.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, baseado em experiências exitosas realizadas na região Nordeste, com ênfase sobre os índices de morbimortalidade infantil, configura-se para a reorganização dos serviços de saúde e reorientação das práticas profissionais na Atenção Primária à Saúde.

A origem do PSF, no Brasil, remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com a ênfase no cuidado de vigilância à saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF, como Política Nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, ante o modelo tradicional de assistência, baseado no “especialismo” médico. Nestas condições, propunha a intervenção com o enfoque nas metas estabelecidas que apresentasse impacto sobre os indicadores de saúde⁵.

Entre os princípios defendidos, a Estratégia Saúde da Família pretende reorganizar a Atenção Básica, adquirindo um caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que atuam. A família passa a ser considerada a unidade de cuidado por meio da observação das condições que permeiam a existência dos indivíduos e que influenciarão nos determinantes ligados à saúde⁶.

A abordagem da clientela ocorre com base num cuidado interdisciplinar, em que os problemas presentes no cotidiano das práticas exigem um novo campo de conhecimento comum a todas as categorias profissionais dentro da ESF.

Para isso, ela poderá contar com as equipes de apoio matricial que lhe permitam compreender as demandas locais e nela se basear para o planejamento e enfrentamento das situações de saúde. O Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) é uma dessas equipes, que tem como objetivo ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, bem como a resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização, desde a Atenção Básica⁷.

A proposta é atuar em parceria com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, acompanhando práticas em saúde no território sob a responsabilidade destas equipes, atuando no apoio da equipe. O NASF não constitui porta de entrada do serviço, devendo intervir de modo integrado às redes de saúde com

suporte em demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família. Para isso, deve rever os encaminhamentos pelas referências e contrarreferências de forma a reconhecer as demandas passíveis de assistência no contexto local e fornecer um acolhimento longitudinal de responsabilidade da equipe da Atenção Básica.

Passos para a atenção em saúde mental de base comunitária

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento complexo e dinâmico, surgiu em decorrência do processo de transformação sob os modos de conceber e lidar com o sofrimento mental. Seus frutos apareceram com as inúmeras conquistas que embasaram os atuais serviços e a assistência em saúde mental. Dentre elas, cita-se a Lei Nacional Nº 10.216/01, relacionada aos direitos dos portadores de doenças mentais⁸⁻⁹.

Tais direcionamentos repercutiram sobre vários campos relacionados à saúde mental, quais sejam, a esfera teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural¹⁰. Deste modo, caminhou-se para a modificação dos modos de lidar com o sofrimento mental, integrando-se às demais alterações no campo da saúde para que se ofereçam ações integrais e sensíveis à necessidade dos indivíduos.

Com isso, trabalha-se para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, apontando para redes de atenção integral. O investimento aconteceu na potencialidade da subjetividade, na autoestima, na autonomia e cidadania em superação às relações de tutela e de reprodução da institucionalização e/ou cronificação.

Assim, vislumbra-se atuar na perspectiva das possibilidades dos indivíduos, garantindo espaços de promoção da saúde mental, mediante o estímulo à criação de grupos de convivência e de oficinas terapêuticas na comunidade, no trabalho de modo interdisciplinar e no investimento na saúde mental de crianças, adolescentes, adultos, idosos e pessoas com necessidades especí-

ais, além de ensejar espaços de trabalho para os agentes sociais e profissionais das diversas áreas do conhecimento.

Mais do que propor novos espaços para abrigar as pessoas em sofrimento mental, persiste o desafio de crítica constante diante das práticas para que represente modificação daquilo que se vinha executando no manicômio. Assim, se trabalhará para um fazer contínuo que permita a superação das inúmeras influências dadas pela formação profissional e que na prática ainda se configuram as dificuldades para maiores avanços neste campo¹¹⁻¹².

Compõem os equipamentos substitutivos na assistência da saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os hospitais-dia, os centros de convivência, os lares abrigados e os leitos psiquiátricos em hospital geral.

Com a atual política centrada na Promoção da Saúde como eixo estruturante, a concepção de saúde preconizada aponta para a atenção integral com base na consideração dos aspectos biopsicológicos e socioculturais que permeiam a existência dos sujeitos. Com isso, a saúde mental torna-se valorizada como componente da vida dos indivíduos e adquire envolvimento com os determinantes sociais da saúde¹³.

Dessa maneira, percebe-se o potencial desenvolvido pela ESF como um ambiente propício para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde mental e prevenção de agravos dessa natureza, em especial por ser um serviço comunitário, centrado na participação popular, de modo a estimular práticas autônomas, acrescentando a isso a formação de parcerias.

A inclusão das pessoas com sofrimento mental no âmbito da atenção básica corrobora os pressupostos trazidos pela Declaração de Caracas, a qual enfatiza a necessidade de dispositivos de cunho comunitário, capazes de introduzirem-se nas demais redes de apoio e promover a reabilitação psicossocial, a reinserção social e a integração, preceitos condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica¹⁴.

Há evidências da alta prevalência de demanda em saúde mental na Atenção Primária no Brasil dentre a população atendida, caracterizada em grande parte por casos com quadros depressivos e ansioso-leves, assim como preocupações, irritabilidade e múltiplos sintomas psicossomáticos. Além dessa clientela, cabe à

unidade de ESF promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situações de risco para o adoecimento mental, atuando em todos os níveis de atenção, desde a promoção até a assistência aos casos identificados¹⁵.

A equipe multidisciplinar da ESF insere-se no território de abrangência por possibilitar a integração de conhecimentos de maneira a auxiliar o portador de transtornos mentais, a família e a comunidade a enfrentar seus problemas e superar as dificuldades, favorecendo a qualidade de vida à sua clientela.

Dessa forma, a defesa da integração do cuidado em saúde mental na atenção primária torna-se uma prerrogativa estimulada pelas atuais políticas nacionais e internacionais em saúde mental. Vários autores a nível internacional reconhecem a ênfase ainda existente sobre o cuidado físico em detrimento ao mental; no entanto, as indicações dadas pelos referenciais em Promoção à Saúde, como nas Declarações de Alma-Ata, de Ottawa, entre outras, defendem a garantia da assistência integral, inclusa nela o acolhimento da saúde mental na atenção primária à saúde em uma rede ampliada de atenção que seja sensível às demandas da clientela^{16,17}.

A atual Política Nacional de Saúde Mental busca por valorizar formas de atenção com base territorial, reorientando as práticas para maior vinculação entre os serviços de cunho comunitário, no caso, os CAPS's e a ESF. Abrem-se, então, possibilidades para a criação de espaços de convivência, sociabilidade e inclusão, com destaque para a integração de práticas pelos diversos sujeitos sociais¹⁸.

A ESF pode constituir um mediador de encontros em saúde pelo seu poder de promover a inserção das pessoas em um território de abrangência, contribuindo, assim, para a transformação cultural da saúde em relação à loucura, vindo a ser um importante dispositivo no modelo de atenção psicossocial. Para isso, faz-se importante o suporte operado pelas equipes de saúde mental por meio do matriciamento.

O trabalho com o modelo de redes de cuidado de base territorial e a atuação transversal com outras políticas específicas que busquem pelo estabelecimento de vínculos e acolhimento possuem bases nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Tais ações direcionam para o respeito às noções de território, a

organização da atenção em saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, promoção da cidadania do usuário e autonomia, além da defesa da desinstitucionalização e do trabalho inter/multidisciplinar¹⁹.

Com isso, exclui-se a lógica do encaminhamento por meio do incremento da capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local, com o estímulo à interdisciplinaridade, da ampliação da clínica na equipe e do resgate de outras dimensões. Vislumbra-se agir sobre condições de risco para o sofrimento mental como situações de exclusão social, transtornos mentais severos e persistentes, suicídio ou tentativa, violência intrafamiliar, problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas e ao abuso de benzodiazepínicos²⁰.

Autores agrupam uma série de experiências exitosas sentidas em várias regiões brasileiras, em que há o estabelecimento de uma rede de suporte em saúde mental, demonstrando a viabilidade e os ganhos advindos quando se tem a articulação de saberes para o alcance de uma melhor estruturação das práticas com profissionais em equipe²¹.

A importância da inserção da saúde mental no contexto da ESF como forma de oferta de atenção integral à saúde está baseada nas demandas da comunidade. Para que isso ocorra adequadamente, é necessário o desenvolvimento de projetos de atenção à saúde mental por meio dos CAPS's ou das equipes de saúde mental, de maneira a ofertar as condições necessárias para o adequado manejo das demandas nesse âmbito.

Dentre os limites que os serviços da ESF têm ao lidar com as demandas em saúde mental, destacam-se ainda nos profissionais intervenções, segundo os direcionamentos dados pelo Ministério da Saúde, em programas de atenção específicos, não assumindo o caráter estratégico da assistência integral baseada na promoção da saúde. Então, o caráter da integralidade preconizado é renunciado, dando margem a práticas focalizadas, de ação limitada²²⁻²³.

O modo de lidar com o portador de sofrimento mental na ESF ocorre ainda de modo bastante incipiente, sendo o atendimento centralizado na figura médica e nas perspectivas de assistência voltadas ao controle e direcionamento de práticas especializadas em saúde.

Há o reconhecimento, pelos profissionais da ESF, da necessidade da pessoa em sofrimento mental e dos familiares de acompanhamento nesse nível de atenção, apesar das dificuldades causadas pelos recursos escassos. Estudos arregimentam como barreiras ao atendimento das demandas de saúde mental o excesso de trabalho a que os profissionais da ESF são submetidos e a ausência de incentivos motivados pelos gestores locais à inclusão dessa atenção no nível básico da assistência²⁴⁻²⁵.

Ao corroborar essa discussão, faz-se referência à proposta de redirecionamento dado pelo atual paradigma ampliado de saúde, superando práticas baseadas num modelo meramente curativo-assistencialista, abrindo espaço para a incorporação de outros agentes no âmbito da assistência, com vistas a integrar saberes às demandas exigidas no contexto da atenção primária²⁶.

Tem-se o destaque de que, na incorporação da saúde mental à ESF, há o aumento da eficácia do agendamento de consultas e da quase-unanimidade à importância das equipes do ESF. Apesar das conquistas, são visualizados alguns pontos de fragilidade nas estruturas para uma atenção adequada à saúde mental como a referência e a contrarreferência, a ausência de capacitação e a carência de uma orientação com maior enfoque na família e nas reações estabelecidas entre o sofrimento psíquico e o contexto comunitário²⁷.

Uma das questões fundamentais no contexto da ESF é a ampliação da capacidade de escuta das equipes e a possibilidade de aplicar estratégias em que se pensem conjuntamente nos meios de intervenção para o preparo das famílias na superação das dificuldades, e para que os profissionais possam ter seus medos suplantados em relação ao cuidar do portador de sofrimento psíquico. Assim, haverá aberto espaço de diálogo e vínculo capaz de ser sensível às necessidades das famílias e dos pacientes.

A corresponsabilidade da equipe de saúde mental com os profissionais da unidade de saúde possibilita a condução dos problemas de saúde mental que, até então, eram repassados aos demais níveis de referência, ensejando sobrecarga do outro nível e uma baixa qualidade no atendimento. Além disso, tem-se a oportunidade de realizar ações que enfocam a intersetorialidade e a integração de saberes e práticas, condições necessárias para o alcance da integralidade em saúde.

Constata-se que as práticas em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde mostram-se como importantes meios de viabilização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, haja vista o potencial de integração das redes sociais, a proximidade com os espaços de vida e a execução de práticas voltadas prioritariamente à promoção da saúde mental e à prevenção de agravos.

A práxis aponta, entretanto, para a incipiente atuação dos profissionais da ESF na saúde mental. As ações são baseadas nos encaminhamentos para os demais serviços da rede de atenção, ocasionando assistência fragmentada e destituída de vínculo entre a clientela atendida e a equipe de saúde. Parte desses entraves decorre do pouco preparo desses profissionais para lidar com questões de saúde mental, advindas desde a formação, assim como a grande demanda da clientela pela qual se responsabilizam no serviço, restando pouco tempo para atenção integral e sensível às necessidades da população.

Competências para agir na promoção da saúde mental

O desenvolvimento das atuais práticas em saúde tem se pautado em referenciais que enfatizam a incorporação de saberes voltados ao cuidado integral dos sujeitos, valorizando as demandas biopsicossociais e os determinantes inclusos no cenário de vida. Com isso, mais que o tratamento, as práticas em saúde consideram formas de promover a saúde, prevenir agravos e reabilitar, incluindo, neste processo, o indivíduo e a comunidade como importantes elementos, com a valorização do empoderamento dos sujeitos e a capacidade de participar ativamente das condições que possibilitem o alcance da qualidade de vida numa perspectiva integral e que considere a promoção da saúde prioridade.

Para atuar nesse sentido, o profissional deverá arregimentar em suas ações competências que o fazem sujeito capaz de atender às demandas presentes no cotidiano das práticas. Por competência, entende-se como capacidade, processo, mecanismo de enfrentamento de uma dada realidade complexa, em processo de mutação constante, cujo sujeito é convocado a nomear a realidade, a escolher²⁸.

Para isso, exige-se a articulação do saber, saber-fazer e saber-ser, a fim de consolidar modos adequados de condução das situações complexas emergentes no dia a dia. O saber relaciona-se aos conhecimentos teóricos, nos quais se deverão pautar as ações para que possuam respaldo científico e reconhecimento frente os diferentes saberes existentes e necessários para execução das ações em saúde.

O saber-fazer diz respeito à habilidade que o sujeito deverá desenvolver para que, baseado no conhecimento, aja o desempenho apropriado das ações exigidas para a atenção adequada. Isso requer espaços para a realização continuada de práticas até que se tenha a habilidade requerida. Outro aspecto a ser considerado é a atitude, que se constitui na execução adequada na habilidade, considerando as circunstâncias e contexto em que a ação é exigida. Nisso, estarão imbricados valores, cultura, conceitos de moralidade, que juntos, direcionarão as decisões, a aplicação da atitude coerente para o momento.

É exigida então a complexa relação entre conhecimento, habilidade e atitude para que, frente às situações-problemas do cotidiano, possa-se ter o adequado desempenho e direcionamento de ações.

Considerando a mudança das práticas e a complexidades das situações no desempenho das funções profissionais, as instituições que direcionam o ensino têm exigido a incorporação das competências como elemento primordial na consolidação dos saberes e formação de profissionais. Em Enfermagem, as Diretrizes Nacionais de Enfermagem, dadas pelo Conselho Nacional de Educação, atribui a responsabilidade das instituições de ensino em formar profissionais críticos e reflexivos, dotadas das competências de tomada de decisão, trabalho em equipe, planejamento, avaliação, liderança, dentre outras. Todas estas fazem parte do trabalho do enfermeiro nos diferentes processos de trabalho, quais sejam, a assistência, o gerenciamento, o ensino e a pesquisa, e considerando os vários contextos em que isso ocorre.

No campo da promoção da saúde, várias discussões têm sido realizadas para o reconhecimento das competências essenciais para a prática profissional em saúde nesse campo. Em 2005, a Conferência de Galway constituiu-se num desses espaços, em que expertises na área de promoção da saúde e no trabalho base-

ado em competências discutiram a partir de várias experiências em países, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e de outros, onde não havia iniciativas, nesse sentido o entendimento das competências prioritárias. A partir disso, o Consenso da Conferência de Galway aponta como competências a catalisação de mudanças, liderança, avaliação, planejamento, implementação, evolução, defesa dos direitos dos indivíduos e parcerias²⁹.

Essas deveriam encontrar no ambiente da atenção primária à saúde oportunidades para aplicabilidade, permitindo a validação de práticas com um saber-agir oportuno e como tal, práticas que toda a equipe de saúde deveria incorporar como competências ao exercício profissional.

Na saúde mental também surgiram iniciativas para delimitar as competências ao profissional de enfermagem. Um importante passo nesse âmbito foi o Painel de Validação do *Psychiatric-mental health nurse practitioner competencies*. Neste são reconhecidas como competências para o enfermeiro em saúde mental a promoção da saúde, a proteção da saúde, prevenção de doenças e tratamento, a relação paciente e enfermeiro especialista, a função de ensino-orientação dos indivíduos, o papel profissional, o manejo e a negociação no acesso ao sistema de cuidados de saúde, a monitorização e alcance da qualidade da prática de cuidado em saúde e a competência cultural³⁰. Observa-se assim um elenco de atribuições para a prática de Enfermagem, destacando-se um cuidado que se amplia para a possibilidade de promover saúde mental no contexto comunitário.

Essas se mostram como medidas que possuem consonância com algumas das competências preconizadas para promoção da saúde, na medida em que priorizam o diagnóstico situacional a partir das demandas identificadas, o planejamento das ações, a implementação e avaliação final. Também coincidem com as competências estabelecidas para a formação dos profissionais de enfermagem. Isso permite ao profissional de enfermagem direcionar suas ações a partir daquilo que se mostra prioritário, avaliando o que a comunidade apresenta de recursos e oportunidades para alcance de melhorias no campo da saúde mental, seja pela promoção da saúde mental, a identificação de grupos em situação de risco de ocorrência de agravos, compondo a prevenção de transtornos, a abordagem de casos passíveis de atuação dentro da

rede de saúde, garantindo a integralidade de acesso e a reabilitação e reinserção nas redes de relação tecidas dentro da comunidade.

Com isso, os profissionais de saúde passam a ter direcionamento frente às inúmeras situações complexas que se colocam no dia a dia das práticas, alencando as atitudes apropriadas e que gerem mudança e incremento da qualidade de vida da população e dos usuários.

Considerações Finais

Mesmo considerando que o processo de Reforma Psiquiátrica ainda se encontre em fase de implantação no País, e que sejam recentes e principiantes as experiências de inclusão de ações de saúde mental nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, ressalta-se a necessidade de que se efetivem as políticas públicas de saúde e de saúde mental preconizadas, utilizando-se dos vários dispositivos e estratégias de ação com a devida competência técnica, ética e humanística para superação do modelo excludente de intervenção junto a pessoas em sofrimento mental.

O estabelecimento de uma rede integrada de saúde prevê dispositivos que favoreçam a transformação e a superação da assistência fragmentada e dicotomizada, para atenção integral que busca promover a saúde do indivíduo, da família e da comunidade nos vários níveis de atenção.

Vale salientar que a inclusão da saúde mental na ESF é algo em elaboração, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na sua capacitação profissional, na infraestrutura, criando condições que favoreçam articulação da rede de serviços integrada e que atenda as demandas sociais.

É importante refletir quanto à saúde mental no contexto da Atenção Básica à Saúde como possibilidade de investimento para o alcance dos princípios da Promoção da Saúde e da Reforma Psiquiátrica, por meio da articulação de saberes entre os vários profissionais que assistem a população, para que se atendam as propostas tanto de integralidade quanto da atenção psicossocial de forma sensível às necessidades desta clientela. Com esta reflexão, haverá o fortalecimento das relações entre as diversas

instâncias de assistência por meio do diálogo entre os profissionais, permitindo ganhos que possam representar avanços na consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Promoção da Saúde de nosso País.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56 p.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação; 2008. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf>. Acesso em: 30. set. 2009.
5. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A Estratégia Saúde da Família. In: Ducan BB. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 76-87 p.
6. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em: 30. set. 2009.

8. Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta paul. enferm. São Paulo* abr./jun. 2006; 19(2):207-211. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acesso em: 11. nov. 2008.
9. Humerez DC, Santos FQ. Saúde Mental: bases para o cuidado na atenção primária. In: Brêtas ACP, Gamba MA. (Org.). *Enfermagem e saúde do adulto*. Barueri, SP: Manole; 2006. 77-97 p.
10. Amarante PD. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
11. Rotelli F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante PDC, Cruz LB. *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: LAPS; 2008. 37-50 p.
12. Butti G. Formação e desinstitucionalização. In: Amarante PDC, Cruz LB. *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: LAPS; 2008. 51-64 p.
13. Basaglia F. Saúde/ doença. In: Amarante PDC, Cruz LB. *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: LAPS; 2008. 17-36 p.
14. Organização Mundial de Saúde; Organização Pan Americana de Saúde. *Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-americana de Saúde. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*. Caracas, Venezuela: OMS/OPAS, 1990.
15. Fortes S. *Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis*. 2004. 154 p. Resumo de tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
16. Ivbijaro G, Funk M. No mental health without primary care. *Mental Health in Family Medicine* 2008; 5(3):127-128. Editorial. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=9&hid=5&sid=ca567116-b46b-46bc-a08f-121effefba17%40sessionmgr110>>. Acesso em: 14. out. 2009.

17. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab, Cohen A, Sartorius N. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Mental Health in Family Medicine* 2008; 5(2):67-69. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=10&hid=104&sid=ca567116-b46b-46bc-a08f-121effefba17%40sessionmgr110>>. Acesso em: 14. out. 2010.
18. Souza AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2006; 10(4): 703-710, 2006. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a12.pdf>>. Acesso em: 11. nov. 2008.
19. Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde mental na Saúde da Família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água; 2006.
- 20 Ministério da Saúde (BR). Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Circular Conjunta 01/03, de 13/11/2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 8. mai. 2008.
21. Lancetti A. (Coord). *Saudeloucura 7: saúde mental e saúde da família*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; 2002. p. 11-58.
22. Sousa KKB, Ferreira Filha MO, Silva ATMC. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na atenção à Saúde Mental. *Cogitare enferm.* jul./dez. 2004; 9(2):14-22.
23. Nascimento AAMN, Braga VAB. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico de Programa Saúde da Família de Caucaia - CE. *Cogitare enferm.* jan./jun. 2004; 9(1):84-93.
24. Souza RC, Scatena MCM. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. *Rev. baiana saúde pública.* jan./jun. 2007 [Salvador]; 31(1):147-160. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/Páginas%20%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20%2020147.pdf>. Acesso em: 3. mai. 2008.

25. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CP. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro out. 2008; 23(10): 2375-2384. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 9. mai. 2008.
26. Silveira MF, Araújo DV, Silva IC, Félix LG. Formação de Profissionais: um desafio contemporâneo para o Programa Saúde da Família. *Revista Nursing* 2004; 73(7):42-46.
27. Koga M, Furegato ARF, Santos JLF. Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto mar./abr. 2006; 14(2):163-9. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a03.pdf>>. Acesso em: 11. mai. 2008.
28. Plantamura V. Presença histórica, competências e inovação em educação. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
29. Allegrante JP, Barry MM, Collins AO, et al. Domains of core competency, standards and quality assurance for building global capacity in health promotion: the Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior*. 2009; 36(3):476-482.
30. National Panel for Psychiatric Mental Health NP Competencies. Psychiatric-mental health nurse practitioner competencies. Washington, DC: National Organization of Nurse Practitioner Faculties; 2003.

Capítulo 5



Reforma Psiquiátrica:

Saúde Mental no Contexto da Saúde da Família

Francisca Bezerra de Oliveira
Antonia Oliveira Silva
Álissan Karine Lima Martins
Natália da Silva Oliveira

O ideal de uma sociedade sem manicômios só se manterá de pé se continuarmos a enxergá-la como um horizonte, ou seja, como uma referência, um norte.[...]

Bezerra Jr

Introdução

Este capítulo situa-se no campo comum entre saúde mental e saúde coletiva, em que se pretende expor conceitos que possam compor instrumentos de base para o desafio de tecer e estimular práticas em saúde mental que superem a lógica do controle e possibilitem cuidados ancorados na autonomia, cidadania e construção de novas subjetividades. As reflexões teórico-críticas estão respaldadas em autores que abordam a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde, com destaque para a Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, é importante esclarecer que qualquer crítica exposta neste texto a respeito da Reforma Psiquiátrica e seus dis-

positivos estarão colocados na perspectiva de fazê-la avançar. Se a Reforma apresenta lacunas e contradições que angustiam e dificultam a assistência, devido a determinadas decisões ou condutas, são inegáveis os avanços decorrentes desta: as várias experiências exitosas em todo o País; a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos de base territorial, fundamentados pela lógica do cuidado e pelo respeito à liberdade; a diversidade de práticas e a criatividade dos grupos e serviços; as iniciativas de acesso ao trabalho, à geração de renda e à moradia, ao lazer e à cultura; a intercessão, ainda que incipiente, entre Saúde Mental e Atenção Básica, objetivando compartilhar saberes e perspectivas sobre os problemas no conjunto, para cuidar de forma integral; as diversas categorias profissionais que constituem a equipe; os movimentos autônomos com importante expressão como o de Luta Antimanicomial, as Associações de Usuários, Familiares e Amigos do CAPS; a articulação entre o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios; e as novas formas de financiamento da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica, como também o Movimento Sanitário e o Sistema Único de Saúde (SUS), resultam de um movimento social e político que fez parte do conjunto de lutas pela redemocratização do País e sua saída do regime autoritário. Estão, portanto, imbricados em conceitos, práticas e trajetórias.

Pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica, assim como o SUS, é afirmada pelo Estado brasileiro como uma de suas políticas públicas ancoradas em novas legislações e por Conferências de Saúde Mental. Desse modo, a política de atenção à saúde mental perpassa por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando-se o modelo historicamente centrado no hospital psiquiátrico para um novo modelo de atenção descentralizado e com inclusão de novas tecnologias de cuidado à saúde.

Uma das áreas mais promissoras para o avanço da Reforma Psiquiátrica é da Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada do sistema de saúde e uma das parceiras para integração das ações de saúde mental, tendo como diretrizes os princípios do SUS: a universalidade, a integralidade na atenção, a territorialização e a formação de vínculo com a população. Tem como foco o trabalho em equipe, com ênfase na promoção da saúde e pre-

venção, recuperação e reabilitação dos indivíduos, com estímulo à participação da comunidade e do controle social¹.

Assim, as postulações da ESF coincidem com os princípios e as práticas de Reforma Psiquiátrica, uma vez que atuam com o foco no cotidiano da família, da comunidade, buscando pela melhoria da qualidade de vida e pelo fortalecimento das relações de confiança com a população. Objetivam reverter o modelo assistencial biomédico centrado na doença e no indivíduo, para um modelo com foco na saúde, na família e na comunidade.

Apesar do avanço significativo da política pública de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica apresenta lacunas e a intercessão Saúde Mental e Atenção Básica, ainda, é frágil. Assim, questiona-se: atualmente, quais os avanços e as lacunas da Reforma Psiquiátrica? Como ocorre a intercessão Saúde Mental e Atenção Básica por meio da ESF? Estas questões nortearão este capítulo.

Movimento de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica

No final da década de 1970, paralelamente a luta pela redemocratização e reorganização da sociedade civil brasileira, intensificaram-se no País os debates e as reflexões sobre a assistência à saúde mental, com críticas veementes ao modelo "hospitocêntrico", à cronificação, à estigmatização do doente mental, às condições precárias de trabalho e à qualidade da assistência proporcionada aos pacientes².

Articulado ao processo de redemocratização do País, surgiram diversos movimentos sociais, dentre estes o Movimento de Trabalhadores em Saúde (MTSM), que posteriormente se agregou ao Movimento de Luta Antimanicomial, passando a ser o principal fomentador do que hoje denominamos de Reforma Psiquiátrica. Foi instituído o dia 18 de maio como o dia nacional de Luta Antimanicomial, constituído por diversos atores sociais (usuários, familiares, profissionais, professores, estudantes etc.), e lançado o lema "*Por uma sociedade sem manicômios*". A força desse movimento aliada a de outros parceiros pressionou o Estado brasileiro para a implementação de políticas públicas de saúde mental que representam avanços importantes.

Impulsionado pelo Movimento de Luta Antimanicomial, no Brasil, nas últimas décadas, foram editadas várias Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), originando propostas que vão ao encontro dos princípios norteadores da assistência à saúde, delimitada pelo SUS, com ênfase em uma atenção de qualidade que proporcione acolhimento, autonomia, cidadania e inclusão social.

A I CNSM, realizada no Rio de Janeiro, em 1987, criticou, de forma veemente, o modelo assistencial “hospitalocêntrico”, considerado de alto custo, iatrogênico, ineficaz, segregador e violador dos direitos humanos fundamentais. Ficou patente a necessidade de superação desse modelo de atendimento. Em 1992, ocorreu, em Brasília, a II CNSM, em que foram destacados os resultados obtidos em eventos político-científico-éticos fundamentais para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Entre estes a “Declaração de Caracas” e os processos de reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e em saúde mental².

A realização da III CNSM, em Brasília, em 2001, cujo tema principal foi a “Reorientação do Modelo Assistencial: cuidar sim, excluir não”, mostrou a necessidade urgente de superação do modelo manicomial e de estratégias que efetivamente contribuíssem para a construção de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao modelo manicomial, ancorada em uma assistência com princípios básicos de humanização e controle social. Essa Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferiu ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial em saúde mental, defendeu a construção de políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas e recomendou a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica³. Nesse mesmo ano, foi promulgada a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental. A aprovação deste dispositivo legal assegurou ao portador de sofrimento mental o direito a um tratamento respeitoso, no espaço da comunidade em que vive o usuário, sendo considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Após nove anos da realização da III CNS, foi realizada em Brasília a IV CNSM, em 2010, sob o tema “Saúde Mental: direito e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios”.

Além do Ministério da Saúde, participaram desse evento a Secretaria Especial de Direitos Humanos e os Ministérios do Desenvolvimento Social, da Justiça, da Cultura, da Educação e do Trabalho, explicitando a demanda por uma abordagem intersetorial e pela consolidação da Reforma Psiquiátrica⁴.

A IV CNSM reafirmou os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A Reforma é compreendida como um processo político e social complexo, como um novo paradigma em saúde mental, ou seja, como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais em relação à doença mental. Foi marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. A partir desse movimento o usuário tornou-se um ator social importante, com pleno direito à cidadania, à autonomia, ao acolhimento e a uma assistência de qualidade, em serviços de base comunitária.

A palavra-chave do processo da reforma é a desinstitucionalização, que busca não apenas pela desconstrução do manicômio, mas o resgate do fenômeno da loucura através da invenção de novos conceitos, práticas e saberes, tendo como foco principal o sujeito e sua singularidade e não a doença. A desinstitucionalização propõe o surgimento de uma rede integral em saúde mental pautada nos princípios do SUS, como: CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, leitos em hospitais gerais e ações de Saúde Mental na Rede Básica, que objetivam a reabilitação psicossocial e (re) inserção social do usuário em sofrimento mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem singularidade enfatizada por autores, como o psiquiatra espanhol Manoel Desviat e o italiano Ernesto Venturini, pela participação efetiva da sociedade civil por meio da organização de profissionais, usuários e familiares no Movimento de Luta Antimanicomial. "A participação social, esta grande ausente dos processos de transformação de saúde mental em todo o mundo, adquire carta de cidadania aqui no Brasil"⁵.

Isto tem viabilizado na prática a construção de uma rede de atenção psicossocial, que se processa através da criação de equipamentos diversificados, sendo o CAPS considerado pelo Ministério da Saúde, um serviço articulador dos serviços para o cuidado em saúde mental.

O que são CAPS? São serviços substitutivos em saúde mental, considerados estratégicos para a Política de Saúde Mental, constituídos por profissionais de diversos campos do saber: psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, pedagogo, artesão, técnico em enfermagem, dentre outros. Esse equipamento de saúde deve possibilitar um cuidado integral ao usuário em sofrimento mental por meio de ações diversificadas, como: terapias individuais e grupais, oficinas terapêuticas, tratamento medicamentoso, atividades recreativas, grupos de familiares, visita domiciliar, ações intersetoriais, mantendo uma intercessão com a Rede Básica de Saúde, especialmente a ESF. Como a ESF, os CAPS devem trabalhar também com ênfase no vínculo, no acolhimento, na escuta, na família e na comunidade, por meio de parcerias intersetoriais^{4,6}.

Os CAPS devem se constituir como espaço de escuta, de acolhimento, de criação de vínculo, de agenciamento de experiências subjetivas, sendo considerados verdadeiros laboratórios de produção de vida e de saúde. A estrutura desses serviços, diferentemente das instituições asilares, não deve ter portas fechadas, sendo livre o acesso para todos os sujeitos de dentro e de fora das instituições. A porta aberta não deve ser apenas no plano material, mas deve permear as práticas cotidianas dos profissionais, de maneira que tenham o cuidar a partir da liberdade, se contrapondo ao isolamento, pedra angular do modelo “hospitalocêntrico”⁶⁻⁷.

É notória a evolução da política brasileira de saúde mental e da expansão dos CAPS ao longo dos anos. Em 2002, existiam apenas 424 CAPS, contudo apenas 21% da população brasileira tinham cobertura desse serviço. Em 2010 estiveram em funcionamento 1.620 CAPS, o que correspondeu a uma cobertura populacional de mais de 66%, considerando-se o parâmetro de um CAPS para 100.000 habitantes. No Estado da Paraíba, em 2002, havia apenas dois CAPS. Atualmente, este Estado conta com 63 serviços, ocupando o terceiro lugar na região Nordeste, após os Estados da Bahia e do Ceará. Além disso, ocorreu aumento significativo de outros equipamentos de cuidado, como: serviços residenciais terapêuticos, leitos de saúde mental em hospitais gerais, centros de lazer e convivência, cooperativas e associações de usuários que trabalham na perspectiva da economia solidária⁸.

Apesar do avanço das políticas públicas de saúde mental, com a criação de inúmeros serviços substitutivos, contribuindo para a mudança do modelo “hospitalocêntrico” (focado nos manicômios e no isolamento) para outro voltado à atenção básica na comunidade, com destaque os CAPS; é notório que a Reforma Psiquiátrica apresenta lacunas, contradições e dificuldades, algumas típicas do momento atual do SUS, outras próprias do desafio específico de construir uma atenção em saúde mental de base territorial. Portanto, é um desafio impulsionar esses serviços para que funcionem em toda sua potencialidade.

Dentre as dificuldades e limitações da Reforma Psiquiátrica e dos CAPS, destacam-se:

- o atendimento do usuário em crise, principalmente, nos finais de semana e à noite, não existindo um atendimento adequado, uma vez que os serviços (CAPS I e II) encontram-se fechados;

- a dificuldade de “alta” do usuário, indicativo de que esses serviços podem estar criando um novo tipo de cronicidade;

- a maioria dos serviços não desenvolve projetos de geração de renda para o usuário, dificultando a sua inclusão social;

- a carência de serviços residenciais terapêuticos para usuários sem vínculos familiares;

- o suporte à família do usuário;

- a ausência de leitos de atenção em saúde mental em hospitais gerais;

- a pouca intercessão entre saúde mental e rede básica de saúde (os profissionais que atuam nos CAPS não conhecem as equipes de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, os Centros de Referência de Assistência Social - CRAS e os Centros de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, como também os profissionais que atuam nesses serviços não conhecem os CAPS);

- as ações desenvolvidas estão focadas no interior dos CAPS, demonstrando que esses serviços não tem base territorial;

- a ausência de supervisão clínico-institucional;

- os insuficientes programas sistemáticos de avaliação dos serviços;

- o número de profissionais insuficiente e com baixa qualificação;

- a baixa remuneração dos profissionais e a precarização do trabalho;

- a ausência de apoio técnico e capacitação adequada para que os profissionais da rede básica possam desenvolver ações de saúde mental;

- a carência de capacitação dos profissionais dos CAPS, pois, muitas ações são desenvolvidas sem fundamentação teórica ou pautadas no modelo médico-biológico;

- a pouca autonomia dos CAPS devido à falta de recursos financeiros;

- o insuficiente conhecimento e sensibilidade dos gestores em relação à importância da saúde mental para a saúde. Entende-se que todo processo de adoecer está engendrada a questão subjetiva, ou seja, toda questão de saúde é sempre de saúde mental⁹⁻¹².

Postula-se que essas lacunas e críticas não devem servir de alibi para emperrar a caminhada rumo à consolidação da Reforma Psiquiátrica. Deve-se enfrentar de forma hábil as contradições desta política que é complexa, em processo de construção e as flechas da oposição “hospitalocêntrica”. Sem dúvida, a Reforma Psiquiátrica caminharia de forma mais rápida e eficaz se houvesse por parte dos gestores, dos profissionais em todos os níveis, da família e do usuário, um grau maior de envolvimento e de firmeza. Apesar das dificuldades apontadas, avançamos muito, “[...] porém a nova fronteira intersetorial ainda está para ser conquistada”⁴.

A realização de uma Reforma Psiquiátrica efetiva passa necessariamente pela adoção de conceitos como integralidade e clínica ampliada. A integralidade é uma noção orientadora das práticas, aponta para a ruptura com as ações de saúde que se norteiam pelo esquema “problema-solução”, isto é, para a superação da clínica restrita a meros sintomas, ao conceito de doença mental e à adaptação, comum nos dispositivos tradicionais de saúde mental como a emergência, o ambulatório e a internação. A integralidade nos novos equipamentos de saúde, como CAPS, saúde mental na Atenção Básica, que será a seguir objeto de discussão, mostra a necessidade de entendê-la como noção intercessora que possibilita a ação de uma clínica ampliada que visualiza o sujeito em sua totalidade, como ser biológico, histórico, social, linguístico e psicológico, um ser em permanente transformação¹³.

Esta nova clínica deve ter o cuidar como prática cotidiana norteadora de ações que visam a proporcionar ao usuário uma atenção integral e intersetorial, contribuindo para a construção de espaços de sociabilidade, de produção de novas subjetividades, em que o portador de sofrimento mental encontre acolhimento as suas demandas e expresse suas angústias, fragilidades e vivências. A integralidade e a intersetorialidade são componentes indissociáveis desse processo. Como se lidam com problemas complexos, como é o caso do sofrimento mental, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros equipamentos da sociedade aquilo que a saúde não oferece: educação, justiça, esporte, lazer e assistência social^{8,11}.

Saúde mental no contexto da saúde da família

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando a inclusão de políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica direcionadas aos problemas de saúde mental e aos usuários, enfatizando a criação de equipes nessa rede de atenção com fortes vínculos com os profissionais da saúde mental. A implementação dessas políticas tem se fundamentado em três planos: administrativo, com o processo de descentralização; assistencial, através da ESF e os ACS; e político, por meio do controle social¹.

Nessa perspectiva, faz-se necessária intercessão, diálogo constante entre saúde mental e ESF. O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), foi criado em 1994, pelo Governo Federal, considerado uma das formas de atenção primária em saúde com objetivo de reverter o modelo assistencial biomédico centrado na doença e no tratamento, para um modelo com foco na saúde e na família. A desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica atua nessa mesma lógica, procurando superar o modelo "hospitocêntrico", com ênfase no vínculo, no acolhimento, no usuário, na família e na comunidade.

No Brasil, na área da saúde coletiva, a atenção básica vem, paulatinamente, tornando-se uma prática importante nas intervenções em saúde mental, decorrente da necessidade de produzir

ações focadas no eixo territorial. A ESF se configura como campo de práticas e produção de novos modos de atenção em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados culturalmente sensíveis dentro dos princípios da integralidade e da territorialidade^{9-12, 14,15}.

Dessa forma, a Saúde Mental e a Estratégia Saúde da Família podem fomentar contribuições importantes no sentido da reformulação da atenção em saúde no Brasil. Ambas defendem os princípios do SUS e propõem mudanças no modelo de atenção à saúde, objetivando reverter o modelo assistencial biomédico centrado na doença, no tratamento individual e hospitalar para um modelo com foco na saúde da família e do sujeito no seu território¹⁶.

Em face desse contexto, O Ministério da Saúde, representado pelas áreas técnicas da Saúde Mental e da Atenção Básica, promoveu seminários com a participação efetiva de profissionais vinculados a estes campos de atuação de diversos municípios brasileiros. Estes encontros buscavam a construção de propostas concretas no sentido de incorporação de ações de saúde mental pelas Equipes de Saúde da Família. O primeiro Seminário foi realizado com o tema: "Incorporação de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica", em 2001; em seguida foi promovido o "Seminário Internacional para Formação de Recursos Humanos na Saúde Mental", em 2002; e por último, o Seminário de "Saúde Mental na Atenção Básica - o vínculo e o diálogo necessários", em 2004. Estes Seminários e encontros ratificaram de forma categórica o Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda a incorporação de ações de saúde mental pela Atenção Primária como forma de ampliar o acesso da população a esse tipo de assistência¹⁷.

De acordo com o relatório da OMS, a necessidade da articulação entre a saúde mental e a atenção básica deve-se também ao crescente número de pessoas com transtornos mentais.

" Os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em dada fase de sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens ricos e

pobres, gentes de áreas urbanas e rurais. Exercem impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Os transtornos mentais e de comportamento estão presentes a qualquer momento em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais da atenção primária têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais¹⁷.”

Em decorrência do grave problema epidemiológico dos transtornos mentais no mundo, a OMS apresentou recomendações, como forma de nortear os países, em relação à atenção à pessoa em sofrimento mental, entre as quais destacam-se: proporcionar tratamento na atenção primária; garantir o acesso aos psicotrópicos; assegurar a atenção na comunidade; educação em saúde para a população; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; monitorar a saúde mental na comunidade e fornecer apoio à pesquisa¹⁷.

No Brasil, calcula-se que 3% da população brasileira sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos em saúde mental; cerca de 6% da população sofrem de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, e 10% da população necessitam de algum cuidado em saúde mental, na forma de consulta médico psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. Assim, aproximadamente, 19% da população brasileira apresentam algum tipo de sofrimento mental, necessitando de cuidados. Nas mulheres, os problemas mais comuns são ansiedade e depressão e entre os homens o mais habitual é a dependência do álcool e outras drogas¹⁸⁻¹⁹.

Dada a magnitude de problemas mentais na população brasileira, conclui-se que as equipes de atenção básica se deparam em seu cotidiano com problema relacionados à saúde mental. Considera-se, pois, que a articulação entre saúde mental e atenção básica se impõe como algo inadiável e necessário no campo das políticas públicas de saúde dos municípios, especialmente, para os atuais gestores em saúde.

As duas últimas edições das Conferências Nacionais de Saúde Mental enfatizaram também a necessidade do diálogo

permanente entre saúde mental e atenção básica. A IV CNSM salientou:

“[...] a relevância de garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersectoriais, às pessoas com transtornos mentais, aos usuários de álcool e outras drogas, e às pessoas afetadas pela violência, considerando as fortes implicações dessas ações tanto no campo da saúde mental, quanto nas condições de produção de sofrimento e na qualidade de vida das pessoas e comunidades. A IV Conferência indica, também, a necessidade de incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, assim como de promover a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção, pautada na lógica da intersectorialidade, tendo como formas de organização as equipes matriciais e de referência⁴.”

Um dispositivo importante para a intercessão entre as ações de saúde mental e da atenção básica foi a Portaria GM 154/08 que recomendou a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos NASF. Os NASF são dispositivos com grande potencialidade para fomentar a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de Saúde Mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com sofrimento mental e com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Atualmente, estão em funcionamento no País 1.288 NASF. Dos 7.634 trabalhadores destes Núcleos, 2.349 são trabalhadores da área de Saúde Mental. Além disso, em 2010, a Portaria a 2.843/10 criou o NASF 3 no SUS, objetivando “promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica, em município com porte populacional pequeno, menor que 20.000 habitantes”. A expansão desse serviço possivelmente poderá intensificar o acesso da população à atenção em saúde mental⁸.

A despeito de todo o esforço do Ministério da Saúde para que haja um diálogo entre Saúde Mental e Rede Básica, pesquisas

realizadas demonstram que há pouca ou nenhuma articulação entre esses campos de práticas. As dificuldades de intercessão entre a Saúde Mental e as equipes de Saúde da Família decorrem de fatores como: insuficiente oferta de capacitação às equipes, com temas vinculados à saúde mental; carência de suporte de profissionais especializados (que poderiam ser do CAPS e/ou do NASF); preconceito com relação ao portador de transtorno mental, salienta-se que a maioria das equipes não está capacitada para atender a demanda de saúde mental, atribuindo esse papel a psiquiatras e psicólogos; acentuada tendência ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, no qual o foco da atenção é a doença e não o sujeito como um todo. Nesse contexto, é preciso desmistificar ou desconstruir essa visão psiquiatrizada da loucura, que há muito tempo permeia o imaginário coletivo dos profissionais e da comunidade^{11,20}.

Assim, as ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da ESF se restringem quase que exclusivamente ao encaminhamento do usuário ao CAPS; ao monitoramento da medicação utilizada; à orientação quanto à renovação da receita; e ao agendamento de consultas para avaliação da necessidade de continuidade do uso e dosagem da medicação^{11,20}.

A prática de encaminhamentos do usuário para outros serviços remete ao questionamento da resolubilidade do trabalho desenvolvido na Atenção Básica, explicitando que as equipes das unidades básicas frente à problemática do sofrimento mental se consideram impotentes para uma resposta efetiva, favorecendo a superlotação dos serviços especializados, por vezes transformando os CAPS em serviços ambulatoriais^{11,20}. Exige-se a superação das prescrições e encaminhamentos para uma prática que privilegie a interação, a criatividade, o coletivo, a intercessão entre a unidade básica e os serviços especializados, favorecendo a responsabilização pelo usuário em sofrimento mental em sua malha de rede social.

Apesar das dificuldades apresentadas, há na articulação entre essas políticas públicas de saúde um potencial importante de transformação das formas de cuidar, possibilitando viabilizar na prática, no cotidiano de vida das pessoas, os princípios que norteiam as trajetórias, tanto do movimento de Reforma Psiquiátrica como da Reforma Sanitária e do SUS. A articulação Saúde

Mental e Atenção Básica favorece a construção de políticas públicas eficazes, voltadas para as reais necessidades da população.

Considerações finais

O momento atual exige a conjugação de esforços, no sentido de fortalecer e ampliar as ações da Estratégia Saúde da Família, as equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, os Centros Atenção Psicossocial, como garantia de um atendimento de qualidade ao usuário em seu próprio território, na perspectiva da integralidade e da intersetorialidade.

A Atenção Básica é considerada um potente dispositivo para o fortalecimento da rede de atenção em Saúde Mental, uma vez que converge para a proposta de assistência baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Por sua proximidade com famílias e comunidade, as equipes de Atenção Básica constituem um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao consumo de *crack*, álcool e outras drogas, ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica, pacientes egressos de internações psiquiátricas e outras formas de sofrimento mental.

A capacitação permanente das equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental é outro instrumento imprescindível para a transformação do processo de trabalho no sentido da efetivação do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da consolidação da rede. Os temas em Saúde Mental a serem abordados nas capacitações devem ser diversificados: Reforma Psiquiátrica; processo saúde-doença mental; conceitos de clínica ampliada, rede, integralidade, intersetorialidade e reabilitação psicossocial; promoção da saúde e autonomia do usuário; psicofármacos; ansiedade; e transtornos mentais, com ênfase nos transtornos de humor e pensamento.

Por fim, é importante também a ampliação e o fortalecimento da terapia comunitária como estratégia intersetorial de promoção e cuidado em saúde mental nos serviços de saúde e assistência social.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. 78p.
2. Amarante PD. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
3. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. 210 p.
5. Desvial M. Reforma Psiquiátrica. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
6. Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em Saúde Mental. João Pessoa: Editora da UFPB; 2002.
7. Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009. dez; 30(4): 692-9.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 106 p.
9. Sousa GC. Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade de São Paulo, 2007. 106p.

10. Silva JC. O Trabalho de enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família. Cajazeiras, 2009,50p. Monografia. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.
11. Oliveira FB, Guedes HKA, Oliveira TBS, Silva JCC. Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família: uma articulação necessária. *Psychiatry On Line Brasil*, set. 2009: 14(9).
12. Oliveira FB, Guedes HKA, Oliveira TBS, Lima Júnior JF. (Re) construindo cenários de atuação em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família RBPS, Fortaleza abr./jun., 2011: 24(2); 109-115.
13. Pinto JCSG. Integralidade, clínica ampliada e transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental. Niterói, RJ, 2007, 216p. Dissertação. Universidade Federal Fluminense, RJ, 2007.
14. Sampaio JJ, Barroso CMC. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: *Saúde e Loucura 7*. São Paulo: Hucitec; 2001. 167-188 p.
15. Guedes HKA. Situando a saúde mental na estratégia de saúde da família: tecendo redes e atando nós. Cajazeiras, 2010, 59p. Monografia. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2010.
16. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
17. Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde - OMS/OPAS. Relatório sobre a Saúde no Mundo. 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS/ OPAS; 2001.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Nº 01, 2003. 7p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>
19. Mello MF, Feijo de Mello AA, Kohn R. (Orgs.). Epidemiologia da Saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.

20. Oliveira NS, Oliveira FB. Agentes comunitários de saúde na atenção básica: percepções acerca do sofrimento mental. Relatório Final de Pesquisa do PIBIC/CNPq/UFCG; 2011.

Capítulo 6



Puericultura:

uma estratégia para promoção da saúde da criança

Maria Rosilene Cândido Moreira
Luisa Helena de Oliveira Lima
Edina Araújo Rodrigues Oliveira
José Auricélio Bernardo Cândido

“A Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente somente se plenifica ética e tecnicamente quando inclui, nos papéis de todos os membros da equipe que dela participam, a doutrina e a prática da Puericultura”

(Del Ciampo et al,2006)

Passados quase vinte e cinco anos da realização da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (1986), ainda urge a busca constante por avançar na temática da promoção à saúde. Embora, o Brasil também tenha acompanhado este cenário internacional de discussões sobre a evidência de que as ações de promoção à saúde são mais eficientes, mesmo que a longo prazo, em relação às preventivas, os indicadores de saúde apresentados constantemente pelos órgãos governamentais e não governamentais demonstram a necessidade da adoção de medidas com mais impacto e resolutividade.

No âmbito da saúde da criança, as ações de promoção à saúde não evoluíram de maneira diferente do contexto geral; elas

contrapõem o enfoque centrado na doença, com a intensificação de ações de saúde e bem-estar gerais¹.

Na tentativa de promover ações de saúde, o cenário brasileiro amplia o entendimento de que a criança precisa não somente de um atendimento curativo, mas de propostas de políticas, consolidadas com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) em vigor desde a década de 1980, desvinculadas da saúde materno-infantil².

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde lançou, na década de 1920, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), contemplando ações básicas de aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, a imunização e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento³.

A partir das décadas de 1980 e 1990, a vigilância da saúde infantil começou a ser enfocada na atenção primária, inicialmente com a criação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), através de ações voltadas para o combate à mortalidade infantil com o acompanhamento contínuo das crianças menores de dois anos. Posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF) aprimorou os cuidados para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil nas suas diferentes fases, com a utilização da caderneta da criança.

Esse cuidado mais específico à saúde infantil fez surgir uma política de atenção à saúde da criança desenvolvida e discutida pelos profissionais de saúde, legitimada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo ações para reduzir a morbimortalidade infantil por diarreia através da terapia de reidratação oral; ampliar a cobertura vacinal nas crianças e gestantes com o Programa Nacional de Imunização; incentivar o aleitamento materno com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM); humanizar o acolhimento à criança com a iniciativa do Hospital Amigo da Criança, na assistência à gestante e ao recém-nascido, bem como a ao recém-nascido de baixo peso por meio do Método Canguru; e implantar o Programa Nacional de Triagem Neonatal para detecção precoce de algumas doenças metabólicas no recém-nascido, além do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (teste da orelhinha) e o teste do reflexo vermelho (teste do olhinho)⁴.

Decorrente desse quadro, e como uma maneira de reforçar e reafirmar os preceitos do SUS, em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto pela Vida, apresentando mudanças significativas para a execução do SUS, até então esquecidas. No tocante à saúde da criança, o pacto pela vida reforçou os objetivos e as metas para a redução da mortalidade infantil, além do fortalecimento da atenção básica, que permaneceu como alicerce para o alcance de eficientes resultados nos indicadores de saúde⁵.

Assim, o programa de puericultura ganhou destaque na Estratégia aúde da Família como ação de promoção da saúde da criança.

Mudanças no contexto atual e a consulta de puericultura

O modelo tradicional de prática pediátrica, restrito ao consultório, baseado em consultas rápidas de um médico com o cliente, hoje, não comporta todas as demandas de um trabalho integral de promoção da saúde. É evidente que as exigências modernas de atenção abrangente, denominadas de “novas morbidades” (problemas familiares e sociais, problemas escolares e de comportamento, violência e maus-tratos, injúrias físicas, risco de suicídio, obesidade, influências da mídia, abuso de drogas, riscos da atividade sexual etc.), somadas às ações tradicionais (monitorização do crescimento, orientação nutricional, imunizações etc.), excederam em muito a capacidade de atendimento do referido modelo⁶. Além disso, tal descompasso também se atribui, de certa forma, ao acentuado avanço tecnológico, que aumenta muito as possibilidades de intervenção em detrimento das ações de promoção.

Nessa perspectiva, a consulta de puericultura constitui-se em um dos pilares da saúde materno infantil, e há inúmeros recursos apoiados em evidências científicas que devem guiar o profissional quanto aos procedimentos mais efetivos na consulta clínica. Tais evidências norteiam as diretrizes do cuidado à atenção integral da criança estabelecida pelo Ministério da Saúde para promoção do pleno potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e para a prevenção de doenças na infância e idade adulta⁷.

Tradicionalmente, a puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, até à puberdade. Essa definição está baseada na pressuposição de que a atenção à criança, pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz⁸.

A história da puericultura no mundo está ligada com a dos cuidados às crianças, tendo origem ainda na Idade Antiga, na França, em fins do Século XVIII. As primeiras formas de assistência às crianças foram sistematizadas em relação à disciplina, à educação, ao vestuário e à alimentação. Entretanto, a pediatria apresentou-se como especialidade médica somente na segunda metade do Século XIX e, na Enfermagem, nas primeiras décadas do século XX. Nessa, a pediatria surgiu em conformidade com as necessidades básicas de higiene apresentadas pela sociedade em geral e pelo desenvolvimento do saber médico na área⁹.

No Brasil, desde a Reforma Sanitária, passando pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF) até os dias atuais, a enfermagem pediátrica vem ganhando mais espaço na área da saúde pública, em especial na Atenção Básica à Saúde (ABS). Nos serviços de ABS, a enfermagem desenvolve vários tipos de ações em sua dimensão cuidadora às crianças, desde a gravidez até à adolescência, proporcionando não apenas o acesso, mas consolidando vínculos, acolhimento, contribuindo para a resolução de problemas, prevenção de doenças e promoção à saúde. Dentre os principais objetivos da assistência à saúde infantil desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF), estão a promoção e a recuperação da saúde das crianças, buscando por assegurar crescimento e desenvolvimento saudáveis na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social⁹.

Destarte, considerando os pré-requisitos para a saúde (paz - habitação - educação - alimentação - renda - ecossistema estável - recursos sustentáveis - justiça social e equidade)¹⁰, vale lem-

brar que é essencial um diagnóstico adequado da saúde da criança e de seu microambiente; toda pessoa tem que ser vista dentro do contexto de sua família e comunidade.

A grande diversidade no mundo atual constitui um obstáculo e um desafio a esta tarefa: o profissional de saúde encontra as mais variadas condições familiares (mãe/pai solteiro, em atividades extradomiciliares ou desempregado; adoção; crianças em situação de rua; famílias com valores ou costumes diferentes do padrão; imigrantes; níveis diversos de pobreza), além das pressões negativas do ambiente (violência urbana e riscos do trânsito; exposição ao fumo, ao álcool e a outras drogas; comportamento sexual inseguro e precoce; influência da mídia, principalmente da televisão).

Além desses fatores de risco, é importante detectar elementos que exercem influência sobre a saúde infantil, como temperamento difícil, doença crônica na família, discórdia entre os pais, carência de afeto, isolamento social, racismo, educação incipiente e eventos estressantes em geral⁶.

Analise-se ainda o fato de que, no âmbito da saúde coletiva, os principais protocolos sobre procedimentos preventivos relacionados à saúde infantil costumam recomendar um número excessivo de consultas de puericultura, que o pediatra/médico da ESF sozinho não consegue aplicar de forma efetiva a todas as crianças, contribuindo para uma precariedade do atendimento dispensado. Por outro lado, há o fato inegável da formação deficiente proporcionada pelas escolas médicas na área da promoção da saúde, restringindo-se às possibilidades de realização do cuidado integral, de acordo com o que prevê o SUS e demais dispositivos legais.

Contrapondo, vários estudos têm demonstrado que enfermeiros investem mais tempo do que os médicos nas ações de promoção da saúde, com os mesmos resultados e grau de satisfação das famílias, podendo exercer um papel relevante, ainda pouco aproveitado¹¹.

Embora o acompanhamento da criança constitua a estratégia primordial para a promoção da saúde infantil, não há consenso sobre a periodicidade das consultas de puericultura e nem sobre até que idade a criança deve ser acompanhada. Alguns autores preconizam que a criança deve ser acompanhada até os 10

anos de idade, enquanto outros recomendam o acompanhamento até os últimos anos da adolescência.

As diretrizes do *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) recomendam seis consultas no primeiro ano de vida, uma consulta aos 2, 4, 6, 7, 9, 12, 13 e 18 anos de idade¹¹.

No Brasil, os poucos levantamentos realizados revelam uma média de 7,5 consultas de puericultura no primeiro ano de vida, também com maior incidência em classes mais altas⁶. O Ministério da Saúde prevê um calendário mínimo de consultas à criança; no entanto, cabe ao profissional de saúde a percepção da necessidade de aumentar ou diminuir a frequência destas consultas sempre que necessário, buscando, constantemente, por aperfeiçoar a assistência e intensificar a vigilância das crianças em situações de risco¹².

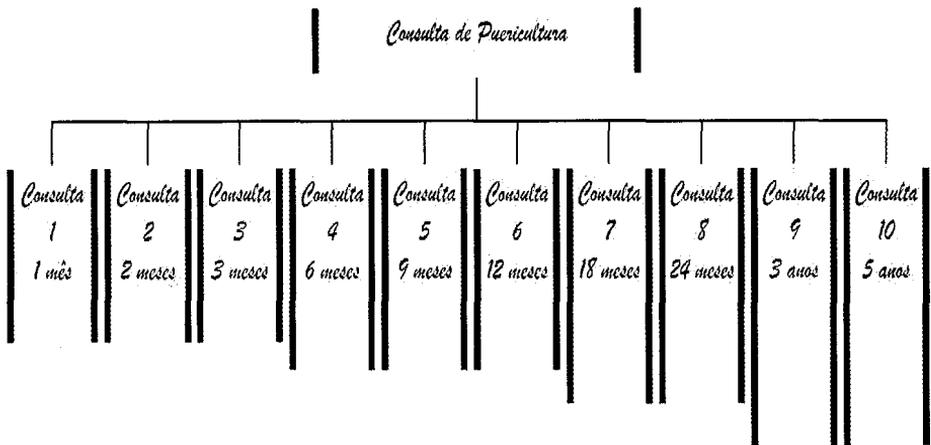


Figura 1. Número mínimo de consultas de puericultura preconizadas pelo Ministério da Saúde¹².

Uma nova visão, discutida atualmente, está sendo a assistência integral à saúde da criança sob uma abordagem multiprofissional, com a participação de outros atores como médico, odontólogo, nutricionista.

Dentre os diversos objetivos, o escopo da atuação multiprofissional versa sobre a priorização do atendimento às crianças menores de um ano e a sistematização do atendimento às crianças nas outras faixas etárias, elevando o intervalo entre as consul-

tas a partir de um ano de vida e oferecendo-lhes acompanhamento até dez anos, para que se possa ter mais tempo para fornecer informações importantes e necessárias neste período da vida à família, bem como propiciar maior contato entre a família e a equipe de saúde. Tal estratégia objetiva intensificar o compromisso mãe x profissional de saúde, melhorar a cobertura vacinal e de aleitamento materno, organizar a consulta ao recém-nascido e puérpera e desenvolver instrumentos que possam otimizar o atendimento de modo a realizar essa consulta através de roteiro próprio construído e padronizado pela equipe, com base no diagnóstico situacional desvelado¹³.

Família: crescimento e desenvolvimento da criança

Ao refletir sobre a variedade de fatores que podem influenciar no crescimento e desenvolvimento da criança, faz-se necessário destacar o importante papel da família com o desenvolvimento infantil. Já foi comprovado que a família pode influenciar de forma positiva ou negativa no desenvolvimento da criança, dependendo de como esta é cuidada¹⁴.

O enfoque positivo, promovendo comportamentos positivos, tem o propósito de aumentar a sua função e a sua participação na melhoria da qualidade de vida da população. A família, de fato, constitui-se no primeiro e mais importante espaço em que se estabelece o cuidado às crianças, a educação e as intervenções preventivas ou curativas das doenças. Ela é influenciada pela cultura, por valores sociais, pelo nível socioeconômico e grau de instrução e informação, construindo suas competências para fortalecer fatores protetores e combater fatores de risco para o desenvolvimento infantil¹⁴.

É importante ressaltar a influência profunda que o ambiente exerce na formação do caráter e do equilíbrio emocional da criança nos primeiros seis anos de vida. Por isso, conhecer o desempenho das famílias no cuidado dos menores de seis anos ajuda a priorizar intervenções apropriadas no apoio dado a elas, expandindo-se ou criando-se novas ações que fortaleçam habilidades e práticas na promoção do desenvolvimento infantil¹⁵.

Os bebês aprendem rapidamente, desde o nascimento, muito antes da educação formal, e seu comportamento se define imitando as pessoas mais próximas. Aos dois anos de idade, a maior parte do crescimento do cérebro humano está completa e, para um bom crescimento mental, o que a criança mais precisa é ter amor e atenção dos adultos¹⁴.

A aprovação dos pais a um determinado comportamento do filho encoraja seu desejo de aprender e realizar novas habilidades, o incentiva a ser mais tolerante e pode evitar aquisição de práticas violentas. O cuidado afetuoso é mais adequado para ensinar uma criança do que críticas e punições constantes¹⁶.

Desse modo, destaca-se a necessidade de afeto, estimulação e brincadeiras para o pleno desenvolvimento e higiene mental da criança. As brincadeiras, a linguagem e o amor são os três “alimentos” mais importantes para o crescimento da mente. As crianças precisam que as toquem, que falem e sorriam para elas, que se comuniquem com elas, evidenciando, pois, as interações. A criança negligenciada perde o interesse pela vida, tem menos apetite e menos chance para um desenvolvimento normal físico ou mental¹⁴.

Desde o primeiro dia de vida, a criança é capaz de dar e receber afeto e construir um relacionamento. Sentindo-se amada, ela desenvolve segurança, confiança e capacidade de se relacionar bem consigo e com os outros¹⁴.

Consulta de puericultura antes do nascimento

O adequado acompanhamento da criança deve iniciar com cuidados ainda na pré-concepção. Esta parte da puericultura se refere às experiências, ao conhecimento e aos desejos que as pessoas têm antes de conceber um filho. Entende-se que planejamento reprodutivo não é apenas impedir uma gravidez, mas, sobretudo, um período de maturação pessoal, de organização da vida e do ambiente que acolherão esse novo ser, garantindo as condições para seu crescimento e seu desenvolvimento com paz, amor e segurança física e emocional.

Em seguida, deve-se fornecer atenção ao período gestacional. Atualmente, já é consenso que uma das primeiras ativida-

des de puericultura é a consulta pré-natal, que deve ser realizada com ambos os pais. Seus objetivos principais são estabelecer um vínculo afetivo e uma relação de trabalho com a família, antes do parto; permitir a detecção de problemas gestacionais; permitir uma avaliação geral da família; responder a perguntas dos pais (especialmente válido para primeiras gestações, gestações complicadas, mães solteiras, casos de adoção); e iniciar a orientação preventiva (com ênfase na amamentação, no apego, nos primeiros cuidados ao recém-nascido, na segurança e nas imunizações).

Há ainda alguns tópicos que devem ser discutidos na abordagem da atenção à criança junto aos pais: riscos do fumo passivo, assento de segurança para recém-nascido no automóvel, riscos do coleito, posição do recém-nascido em pronação ao dormir, malefícios da chupeta e introdução de chás¹⁷.

Etapas da consulta de puericultura após o nascimento

Trata-se do acompanhamento usual que se faz a partir do pós-parto imediato e que começa com a consulta do recém-nascido na sala de parto, seguida da visita domiciliar na primeira semana para um atendimento mais completo, envolvendo a relação criança-mãe-família e os aspectos ambientais.

A consulta de puericultura deve ser realizada segundo o calendário de saúde da criança, obedecendo ao número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde¹² e tem o objetivo principal de promover a saúde da criança por meio de seu acompanhamento e das orientações às mães sobre alimentação, higiene e prevenção de acidentes, além de estimulação mais adequada para o desenvolvimento infantil.

Nessas consultas, as Equipes de Saúde da Família devem definir em que faixa etária faz-se necessário a atenção de cada profissional de saúde, de acordo com sua especialidade e com a demanda da unidade; preconiza-se a visita domiciliar mensal do Agente Comunitário de Saúde; estabelece-se a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro até o sétimo dia de vida do bebê; consulta médica oportunizando a consulta à puérpera; consultas subsequentes pelo enfermeiro e médico, de preferência intercaladas; consulta com odontólogo para orientações às mães quando

do nascimento, aos seis meses, e anualmente de acordo com a idade; consulta com o nutricionista para as crianças que não estão sendo amamentadas; em desmame precoce; aos quatro meses devido ao desmame ocasionado pela necessidade de retorno ao trabalho da mãe e no desmame aos seis meses de idade, garantindo consultas de retorno para reavaliação nutricional¹³.

Outro objetivo da consulta de puericultura é identificar doenças e/ou sinais de alarme para tratamento e/ou encaminhamento adequado das crianças para atenção apropriada. A adequada observação clínica depende do grau de observação do profissional de saúde, da escuta atenciosa, do estímulo para que a mãe tenha liberdade e confiança para discorrer, enfim, de uma comunicação eficaz com a mãe, com a família ou com outros acompanhantes e com a criança. Tais medidas possibilitam à equipe de saúde realizar o seguimento das crianças de modo organizado e qualificado.

É com base nessas considerações que se vislumbra o melhor atendimento à criança, pela oferta de atenção integral à manutenção da sua saúde, considerando sempre a inserção da mesma no ambiente familiar e social. Requer a realização de atos em cadeia, funcionando em rede, desde o cuidado no domicílio até a mais complexa intervenção no sistema de saúde.

Pontos a serem avaliados
Desenvolvimento neuropsicomotor, social e afetivo
Crescimento físico e nutrição
Vacinação
Higiene pessoal, mental, ambiental, atividades lúdicas, vínculo afetivo, auto-estima, análise/orientação à família sobre o ambiente da criança (berço, casa, quintal, nicho ecológico)
Segurança e proteção contra acidentes, violências e maus-tratos

Estimulação precoce
Identificação de agravos e situações de risco
Comunicação com a mãe e os familiares
Encaminhamento para outros setores ou unidades, quando indicado

Figura 2 : Consula de puericultura no âmbito da Unidade Básica de Saúde¹⁸

No âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS), a consulta de puericultura é realizada com atividades voltadas para o acompanhamento da criança e as orientações às mães ou familiares, momento que sucede ao acolhimento, etapa que fortalece o acesso e a adesão da família ao acompanhamento de puericultura.

O acolhimento tem início com o reconhecimento das famílias adscritas no processo de territorialização e dos problemas identificados. Busca organizar o atendimento, de modo a assegurar uma atenção humanizada, alcançando satisfação da mãe e dos familiares. Significa receber bem e fornecer respostas necessárias, além de se colocar no lugar do outro para tentar avaliar seu sofrimento, sua expectativa e exercer a solidariedade. Agrega-se a isto o desenvolvimento de um relacionamento satisfatório entre o profissional de saúde e a criança-mãe-família para que haja êxito no acompanhamento de puericultura.

Destaque deve ser dado ao reconhecimento do relevante exercício do profissional de saúde como educador, papel efetivado em diversos ambientes e situações, utilizando as oportunidades de interação com a criança, a mãe e os outros familiares, no sentido de orientar hábitos saudáveis de vida e fortalecer a compreensão sobre como agir para obter o melhor resultado das intervenções na recuperação da saúde das crianças¹⁹. Para a efetividade desse papel, é muito importante que o profissional de saúde tenha, além do conhecimento técnico, habilidades de comunicação para interagir com a criança e sua família, além de entendimento sobre estas e sobre o meio social no qual estão inseridas.

Variações da consulta de puericultura

De acordo com as diferentes faixas etárias dos pacientes, o programa de puericultura observa algumas particularidades²⁰:

a) O recém-nascido (RN) (até 28 dias de vida): suas principais características são a completa dependência do adulto para sobrevivência, grande imaturidade e incapacidade de controlar impulsos e emoções. Trata-se de uma criança que apresenta maiores riscos e necessita de cuidados mais intensos. Portanto, durante a primeira semana de vida, após a alta hospitalar, deverá receber visita domiciliar de uma enfermeira, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde.

Os objetivos desta visita são proporcionar maior contato entre o binômio mãe-filho e, por parte da Equipe de Saúde da Família, identificar dúvidas e dificuldades da puérpera em desempenhar o papel de mãe, oferecer orientações sobre os cuidados básicos ao recém-nascido e avaliar a adaptação da criança ao meio extrauterino. É uma excelente oportunidade para fortalecer a implantação e estimular a prática do aleitamento materno. Ao término dessa visita, já será marcada a primeira consulta médica do RN para sua matrícula no programa.

b) O lactente (28 dias aos dois anos de vida): caracteriza-se por ser uma criança que se encontra em um período de rápido crescimento pômbero-estatural e desenvolvimento neuromotor, que evolui rapidamente de uma condição de vida dependente para uma vida de relacionamento com os pais e com o ambiente familiar, ganhando autonomia progressivamente.

A criança adquire maior movimentação voluntária, amplia seu espaço social e é muito estimulada pelo ambiente. Nesta ocasião, ocorrem ainda o início da construção da inteligência e a fase oral do desenvolvimento da personalidade.

c) O pré-escolar: período que se estende dos dois aos sete anos de idade, caracterizado por desaceleração do crescimento e menores necessidades nutricionais do que na fase anterior. Com a especialização do desenvolvimento neuromotor, a criança vai adquirindo autonomia, ampliando o seu ambiente social e diminuindo a dependência dos adultos, que se torna mais emocional e intelectual do que física.

Sua evolução socioadaptativa e cognitiva permite o início do processo de aprendizagem formal, embora ainda tenha pequena capacidade de prever riscos e de reconhecer o perigo. O objetivo é obter um candidato fisicamente forte, mentalmente capaz e socialmente ajustado para entrar na escola. As crianças serão avaliadas em consultas semestrais entre dois e sete anos.

d) O escolar: caracteriza-se por ser um período de crescimento estável, quando o sistema nervoso central está se completando e pronto para receber alfabetização e realizar operações concretas. Nesta fase, a criança sofre muitas influências externas e é insuficiente e inadequadamente vigiada pelos adultos. O programa indica consultas semestrais, entre sete e 10 anos de idade.

e) A adolescência: inicia-se aos 10 anos, caracterizando-se por significativas e intensas mudanças físicas e emocionais, que visam a preparar o indivíduo para a vida adulta, definindo sua identidade e integração social. Neste período, ocorre a maturidade física e reprodutiva, identidade sexual e psíquica e independência emocional.

O adolescente necessita de autoafirmação, pois ainda é inexperiente e apresenta espírito desafiador e aventureiro. A partir dos 10 anos, as consultas são semestrais até os 20 anos de idade. Atenção especial deverá ser dada para o estadiamento puberal que ocorre neste período, avaliando-se a maturidade sexual.

Considerações Finais

Diante do exposto, percebe-se a importância de assegurar um começo de vida satisfatório, visando a garantir saúde física e mental, bem como o bem-estar dos seres humanos, o que pode ser responsabilidade de cada parte da cadeia - profissional, gestor, família e comunidade.

Atualmente, no Brasil, quando os óbitos neonatais representam mais da metade das mortes infantis e há uma permanente e constante elevação das mortes fetais, é cada vez maior a importância dos cuidados primários em saúde materna, neonatal e infantil, como os programas de pré-natal e puericultura.

Referências

1. Czeresnia D, Freitas, CM (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 229p.
2. Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cad. Saúde Pública*, 2002; 18 (Supl): 113-20.
3. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. *O mundo da Saúde*. São Paulo: 2009;33(2): 150-60.
4. Silva AC, Campos JS. Políticas de saúde da criança: a criança e o sistema único de saúde. In: Lopez FA, Campos Júnior D. (org.) *Tratado de Pediatria*. 2 ed. Barueri: Manole, 2010. p. 161-5.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. 76p.
6. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(Supl.1):S13-S22.
7. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PD. Frequency of public child care service use and associated factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(1):80-84.
8. Bonilha LR, Rivorêdo CR. Puericultura: duas concepções distintas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:7-13.
9. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 38-46.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Carta de Ottawa. 1986.
11. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guidelines: Preventive services for children and adolescents [site na Internet].

Disponível em: www.icsi.org/guide/PrvSvC.pdf. Acessado 23.jul.2011.

12. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. Promovendo a saúde da criança: manual de acompanhamento. Fortaleza, 2003.
13. Candido JAB. Puericultura sob abordagem multiprofissional. Fortaleza, ESP/CE. Monografia. Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família, 2010, 35p.
14. Campos JS. Atenção à saúde da criança e do adolescente: a família e o desenvolvimento infantil. In: Lopez FA, Campos Júnior D. (org.) Tratado de Pediatria. 2 ed. Barueri: Manole, 2010. p. 177-80.
15. Correia LL, Silveira DMI, Campos JS, Silva AC, Andrade FMO, Horta BL. Competências familiares para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil: um estudo de 2.600 famílias no Estado do Ceará. Cadernos ESP, 2005;1(1): 60-72.
16. Ceará. Escola de Saúde Pública/Secretaria de Saúde do Estado. Educação com saúde: noções básicas de saúde. Módulo 2: crescimento e desenvolvimento infantil. Fortaleza, 2005.
17. Green M, Palfrey JS. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 2ª ed. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002. Disponível em: www.brightfutures.org/bf2/index.html. Acessado 23 de junho de 2011.
18. Campos JS, Silva AC, Amaral JJF. Promoção da saúde da criança: uma decisão em defesa da vida. In: Lopez FA, Campos Júnior D. (org.) Tratado de Pediatria. 2 ed. Barueri: Manole, 2010. p. 181-92.
19. Mascaretti LAS. Educação em saúde. In: Grisi S, Okai Y, Sperotto G. Estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI). São Paulo: OPS/USP, 2004.
20. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O programa de saúde da família e a puericultura. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):739-743, 2006.

Capítulo 7



Debate sobre aborto e Saúde Pública:

A questão de vida das mulheres

Ana Carolina de Souza Pieretti

Maria Farrar, nascida em abril,
morta no cárcere de Moissen,
menina-mãe condenada,
quer mostrar a todos o quanto somos frágeis.
Vós que tendes seus filhos em lençóis bem limpos,
e chamais bendito vosso ventre inchado,
não deveis condenar aos condenados:
se a falta é grave, o sofrimento é grande.
Portanto, eu vos rogo que a raiva contende
que toda criatura, sem os meios, padece.
(A infanticida Maria Farrah- Bertold Brecht)

A maternidade considerada destino na vida das mulheres

Mulheres e homens têm sua vida pautada pelos papéis que em sociedade são atribuídos a cada um dos sexos. Esses papéis, porém, não são atribuídos aleatoriamente, nem pesam em ombros femininos ou masculinos da mesma forma. Sobre os ombros e quadris das mulheres se assenta na sociedade o peso da maternidade e seus reverses. Fertilidade, infertilidade, menstruação, gravidez, parto, aborto, amamentação, menopausa, todos esses fenômenos passam de mera expressão da biologia para se revestirem de um significado social que é construído ao longo da histó-

ria sob as cores do patriarcado. Como diria Simone de Beauvoir “trata-se de saber como a natureza foi nela (mulher) revista através da história; trata-se de saber o que a humanidade fez da fêmea humana”¹.

Numa sociedade patriarcal, a sexualidade feminina deve ser controlada. Trata-se da necessidade de controlar a reprodução da vida da mesma forma que se controlam os meios de produção. Então, a maternidade não mais é uma escolha da mulher, torna-se uma questão de Estado. Porém, esse Estado se omite na criação dos filhos, tarefa que é socialmente tida como uma responsabilidade da mulher, não garantindo creches, alimentação e saúde de qualidade às crianças.

Nesse contexto, a interdição do aborto e também de métodos contraceptivos pelas religiões serve para evitar que as mulheres decidam quando e quantos filhos ter. Isso, aliado à educação sexista e ideologia religiosa, tolhe a sexualidade feminina, subordinando-a à reprodução.

“A falta de anticoncepcional afetou minha vida sexual do mesmo modo que a falta de alimento afeta as chances de sobrevivência humana. Usei a tabela durante cinco anos, combinada com o controle da temperatura, anotando os dados e consultando o calendário, o que transformava o quarto em um laboratório. Depois que tive três bebês não planejados em três anos, desesperei e escrevi uma carta ao bispo, perguntando se houvera mudança na política do Vaticano (como eu era boba). Ele me encaminhou à clínica de controle pela tabela. Foi uma piada! Depois que o padre (homem) entou loas à tabela, um médico (adivinhou, homem também) conseguiu confundir os dias férteis com os outros. Na saída, foi o mais engraçado, o padre deu a nossas pobres almas um presente: um termômetro dentro de uma caixinha azul e rosa. Parei na esquina da rua e ri histericamente alguns minutos. O termômetro era o arremate da indignidade. Nunca pude usar o abençoado termômetro, já que há duas semanas estava grávida do meu quarto filho. Meu marido já estava louco e insistiu em que se divorciaria se não fizesse um aborto. Mas

como eu podia pensar em aborto se na época nem mesmo chegava a usar anticoncepcionais?².”

Por outro lado, os métodos contraceptivos em sua maior parte geram intervenções no corpo feminino, demonstrando mais uma vez que quando a questão é reprodução o ônus incide sobre as mulheres. Hormônios, implantes, dispositivo intrauterino (DIU), cirurgia, várias faces da intervenção médica sobre o corpo das mulheres, gerando muitas vezes consequências na vida sexual e na qualidade de vida.

“Até minha histerectomia, era uma luta evitar filhos. Ele não gostava que suas ‘sensações’ fossem prejudicadas por uma borracha. O diafragma me feria; o DIU provocava sangramento constante e dor, e provavelmente a pílula teve suficientes efeitos colaterais para levar à histerectomia. Foi muito amargo aguentar o sofrimento provocado por todos esses objetos, raramente tendo um orgasmo, enquanto ele sempre gozava, mesmo ‘prejudicado’ pela borracha da camisinha².”

Impressionante perceber que mesmo este relato datando de 45 anos, pouco mudou nos métodos contraceptivos. Parece que a indústria farmacêutica está mais preocupada em produzir medicamentos para ereção do que novos métodos anticoncepcionais em que a responsabilidade com a reprodução seja compartilhada.

Por outro lado, dados brasileiros mostram que a laqueadura das trompas ainda é o método mais utilizado, até mais do que a pílula, sugerindo uma dificuldade de acesso a métodos reversíveis³. Percebem-se ainda taxas bem aquém do esperado no tocante à realização de vasectomia, procedimento bastante seguro e provavelmente mais eficaz do que a ligadura das trompas, porém de difícil aceitação por parte dos homens, que receiam ter sua virilidade comprometida e, por vezes, não se consideram corresponsáveis pelo planejamento familiar.

A prevalência do uso da pílula anticoncepcional e da laqueadura de trompas pelas mulheres indica que o planejamento

familiar ainda advém do estrito controle médico e de grandes laboratórios e interesses que não o da própria mulher⁴.

Maternidade como escolha: quem aborta?

Quando pensamos em aborto o senso comum remete à adolescente inconsequente tentando corrigir os erros de uma noite. O aborto, porém, faz parte da vida das mulheres, das mais diferentes classes, idades, religiões. Quando se elucidam os tipos de aborto, uma em cada dez gestações pode terminar em aborto espontâneo, geralmente devido a problemas de saúde da mãe ou do feto, antecedentes obstétricos desfavoráveis, mas pode ocorrer até sem uma causa médica aparente⁵. Mesmo estes abortos são mais comuns em mulheres pobres, considerando a sua vulnerabilidade a infecções, situações de violência, desigualdade de gênero e ao desgaste pelo trabalho produtivo e doméstico. Assim, quando se recorda que essas mulheres vivem em uma sociedade que valoriza sobremaneira a mulher-mãe, é possível imaginar o impacto psicológico e social que tal situação pode acarretar na vida delas.

Por outro lado, aborto é considerado provocado quando da utilização de qualquer processo abortivo externo, em função de motivação voluntária ou involuntária por parte da gestante, legal ou ilegal⁵. Neste último caso de aborto, pela sua situação legal de crime, encontram-se sérias dificuldades de análise a partir de estatísticas, porém estima-se que uma em cada sete brasileiras entre 18 e 39 anos realizou um aborto na vida e que em 2005 foram realizados mais de um milhão de abortos⁷ e no Brasil cerca de 4 milhões na América Latina e Caribe por ano. Contudo, trabalhos mostram que o perfil geral da mulher que aborta não é tão congruente com aquele trazido pelo senso-comum. Apenas 2,5% afirmam que a gravidez foi resultado de um relacionamento eventual. Em sua maior parte trata-se de mulheres casadas, com idade entre 20 e 29 anos, mães, católicas, trabalhadoras, pobres, usando algum método contraceptivo⁷. O universo de trabalho dessas mulheres mostra que em sua maior parte estão envolvidas com trabalhos femininos (empregadas domésticas), comércio, ofícios informais (cabeleireira e manicure) e estudantes, com renda familiar de até três salários mínimos. Mais uma vez, o aborto se faz mais presente para as mulheres pobres. Porém, é nas suas consequências que o recorte de classe se faz mais evidente.

Enfrentar com seriedade esse fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e também uma questão de direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas. É necessário conhecer mais adequadamente essa realidade, considerando a dificuldade de estimativas em uma situação de clandestinidade da prática do aborto, pois isso é uma questão estratégica para enfrentar o problema, do ponto de vista das mulheres e dos governos⁵.

Mortalidade materna

O aborto é nacionalmente a quarta causa de morte materna, em algumas cidades brasileiras chega a ser a primeira, podendo ser a ele atribuídas 21% das mortes relacionadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto, na América Latina e no Caribe⁵. Mas, como morrem essas mulheres? Quem são essas mulheres que morrem? E por que essas mortes são chamadas de "maternas"?

Na maior parte das situações que acabam em morte, percebe-se que as mulheres tentaram realizar o aborto em situações precárias, resultando em infecção e hemorragia, muitas vezes por adiarem a busca pela assistência por medo de serem denunciadas. Esse atraso da assistência aliado a uma frequente negligência por parte do julgamento moral dos profissionais de saúde acaba condenando à morte principalmente as mulheres pobres. Estas últimas são as que dependem de métodos mais precários e arriscados para abortar, encontram-se em maior situação de vulnerabilidade e em caso de complicações tem que contar apenas com a rede pública em sua assistência. As mulheres com maior poder aquisitivo, por outro lado, podem ter acesso a clínicas particulares e métodos mais seguros e de menor morbidade com a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU).

Quando se apontam as mortes provocadas pelo aborto, elas se enquadram juntamente com outras causas, na condição de "mortes maternas", nas estatísticas do Sistema Único de Saúde (SUS), por acometerem mulheres grávidas. Como se mais importante do que serem mortes de mulheres fosse a constatação de serem vidas de mães em potencial que são perdidas.

O Citotec e a vida das mulheres

Infelizmente, não são estudados nos cursos médicos ou afins os benefícios que o Citotec (misoprostol) trouxe para as mulheres em situação de abortamento. Tradicionalmente, o aborto é tentado de forma a causar alguma agressão ao útero ou corpo da mulher para que o organismo reaja, interrompendo a gravidez. Essa é a lógica de chás, garrafadas, abrasivos e dos diversos objetos introduzidos no útero, como sondas, agulhas e arames. Porém, muitos desses ocasionam diversas consequências à mulher e quando não ocasionam a morte podem causar complicações como infecções ou a necessidade de realizar histerectomia. Estudo mostrou que 88% das histerectomias realizadas até 24 semanas de gestação eram em decorrência de aborto realizado em condições inseguras, normalmente por método perfurante⁷.

O misoprostol foi um medicamento inicialmente produzido para o tratamento de úlceras gástricas, vendido legalmente para este fim. Mas, logo foi percebido o seu efeito abortivo e, após um tempo ainda na legalidade, teve seu uso para úlcera proscrito e venda livre proibida. Hoje é usado legalmente apenas em hospitais para fins obstétricos. Todavia, ao se analisar a chegada do Citotec ao Brasil, constata-se que o medicamento em seu período legal ocasionou uma redução na morbimortalidade por abortos. Tal efeito foi revertido quando o medicamento foi colocado na ilegalidade. “Houve um acréscimo de quase 50% das complicações infecciosas e hemorrágicas do aborto entre o período de máxima comercialização do misoprostol e após sua proibição”⁷. A explicação para tal situação é que o Citotec se mostrou uma forma muito mais segura de abortamento, substituindo paulatinamente as antigas formas mais invasivas.

Normalmente, as mulheres não finalizam o aborto apenas com o Citotec, mas o utilizam para iniciar o processo e quando começam a sangrar procuram atendimento hospitalar, colocando sua segurança na mão dos profissionais de saúde, mas não sem medo de serem presas. Das mulheres que procuram o hospital, entre 70% e 79,3% apresentam sangramento e dores abdominais e

até 19% sinais de infecção⁷, situação que piora quanto mais a assistência é postergada.

Entre 50,4% e 84,6% das mulheres que declaram ter induzido aborto por meio do misoprostol. Estudos do início dos anos de 1980 mostravam um uso variando de 10% a 15% associado a uma alta taxa de morbimortalidade por aborto induzido⁷. O medicamento em 20 anos passa a ser o método mais utilizado pelas mulheres, com menor risco à saúde e menor custo para elas e para os serviços de saúde.

“Mas, a entrada do misoprostol no cenário dos métodos abortivos não eliminou todos os riscos do aborto induzido em condições inseguras. Nem todas as mulheres têm acesso ao misoprostol, e a descoberta do caráter rentável do mercado ilegal do medicamento fez crescerem relatos de medicamentos adulterados. A eficácia do misoprostol para provocar o aborto depende da dose e do tempo de gestação, ao passo que os riscos associados ao medicamento dependem desses mesmos fatores e da qualidade imediata da assistência hospitalar oferecida às mulheres.”⁷

Isso remete à reflexão acerca da postura adequada em termos de saúde pública para resguardar a vida das mulheres, seja para garantir o uso em melhores doses do misoprostol nos abortamentos, acolhendo a demanda das mulheres que buscam pelo serviço de saúde, oferecendo uma assistência adequada, livre de julgamentos.

Aborto legal no SUS - entre o direito e o ato

Apesar do avanço que representa já haver serviços que realizam o aborto nas situações previstas por Lei, ainda não se consegue garantir esse direito plenamente às mulheres. Esses serviços ainda são em número insuficiente, não existem em todos os estados, e por vezes se aguarda uma decisão judicial que pode ser deliberada tarde demais, principalmente naqueles casos ainda não previstos pela Lei, em que há incompatibilidade com a vida

por alguma doença fetal. Nestas situações, não dar a decisão em tempo, já é ofertar uma decisão irreversível.

Está posto o debate na sociedade brasileira sobre a extensão do direito ao aborto assistido em situações de más formações fetais incompatíveis com a vida extrauterina, em especial a questão da anencefalia. Esta última condição aumenta sobremaneira os riscos para a mãe, além do impacto psicológico de dar à luz a um feto com uma má formação letal que muitas vezes pode ocasionar estresse pós-traumático. Dentre as complicações obstétricas que podem ocorrer na persistência da gravidez estão hipertensão arterial e aumento do líquido amniótico (polidrâmnio), este último, por sua vez, pode ocasionar outras complicações, como alterações respiratórias, descolamento prematuro de placenta, atonia uterina, hemorragias e embolia de líquido amniótico.⁸

Um exemplo das consequências da ausência de regulamentação sobre essa questão ocorreu em Natal, em 2010, quando uma mulher teve seu pedido de aborto assistido negado. O feto possuía Displasia Esquelética Letal Tanatofórica, doença que é incompatível com a vida extrauterina, que ocasionava alto risco de vida à mãe. A mulher acabou tendo uma complicação e morrendo no momento do parto, depois de uma gravidez de muito sofrimento físico e, inegavelmente, psíquico. Isso levanta outra questão: a definição de risco de vida à mãe é muito subjetiva, depende da avaliação médica, e esta sempre corre o risco de ser influenciada por suas crenças, não sendo assegurada a essas mulheres uma segunda avaliação em caso das chamadas gestações de alto risco ou esclarecimento do risco real e possibilidade de que a mulher possa optar por levar a gestação adiante ou não. Nessas situações, também não é garantido à mulher o direito, se assim desejar, de esterilização cirúrgica no parto, pois esta encontra-se condicionada à autorização do marido³.

Legalização do aborto: pela vida das mulheres

O debate sobre a legalização do aborto sempre tem sido um debate tenso e apaixonado, envolvendo diversas questões. O ponto de vista aqui defendido é que não se deve esquecer de que

a mortalidade e as complicações decorrentes do aborto ilegal atingem um grande número de mulheres brasileiras, fazendo dessa questão, antes de tudo, um problema de saúde pública. Pensando na vida das mulheres, não basta descriminalizar. Isto manteria as mulheres pobres a mercê de métodos inseguros, pois apenas as resguardariam da responsabilidade legal aquelas que têm dinheiro para pagar clínicas de qualidade. É preciso legalizar para garantir que seja dado acesso dentro do SUS, para que os profissionais de saúde sejam capacitados a lidar com essa questão, sabendo separá-la de suas crenças, para que haja políticas de saúde voltadas para o planejamento familiar com real acesso aos métodos contraceptivos, tornando verdadeiramente a maternidade uma escolha.

No entanto, o que se vê é a confusão da argumentação antiaborto que mistura decisões de foro íntimo, legislação de alcance público e políticas de saúde para gerar uma posição "pró-vida" que ignora a vida de mulheres adultas, adolescentes, pobres, "classe média", negras, brancas, casadas, solteiras, amigadas, religiosas, enfim, de milhares de mulheres brasileiras que se veem criminalizadas e culpadas em um momento que pode lhe ser tão doloroso que tudo o que mais precisariam seria amparo, assistência e segurança. É preciso desembaralhar esse debate e entender que há diferentes posições, mas que não devem obstruir o direito à vida de tantas mulheres.

"Os direitos sexuais e reprodutivos têm uma dimensão de liberdade individual, a chamada autodeterminação reprodutiva, livre de discriminação, coerção e violência, fundamental para o controle e decisão sobre a fecundidade. Pelo outro lado, têm uma dimensão pública, pois dependem de leis e políticas públicas que garantam o seu exercício por homens e mulheres⁹."

"Eu aborto"

Antes de tudo, o aborto é uma decisão pessoal, de foro íntimo, e nenhuma legislação que legalize o aborto deve fazer com

que ele deixe de ser. A gestação é um momento em que a mulher lida com ideias e sentimentos por vezes contraditórios e que cabe somente a ela decidir o melhor pra si. Entretanto, junto com a legalização do aborto devem ser ofertados serviços de apoio para as mulheres que sintam necessidade de serem amparadas na decisão que tomarem, seja ela qual for.

"Tu abortas"

O fato de uma mulher não querer realizar o aborto não deve influenciar o direito de outras o fazerem de maneira segura. É comum demais a confusão do discurso "eu nunca faria um aborto" com "sou contra o aborto". Posso não querer realizar em mim um aborto, mas ser favorável a que qualquer mulher possa fazê-lo se assim precisar sem ser presa por isso ou submeter-se a um risco de vida.

"Nós abortamos"

Quando uma mulher aborta, ela não está sozinha. Muitas vivenciam a dor e se solidarizam com amigas, irmãs, filhas, mães que se veem em situação de desamparo para realizar um aborto. Então outra questão, de decisão pessoal e separada das anteriores, é a disposição ou não de auxiliar uma mulher que realiza um aborto. Em situação semelhante está o profissional de saúde que é solicitado a assistir a paciente nesta situação.

O código de ética médica prevê que nos casos de abortamento permitidos por Lei, o médico pode caso alegue objeção de consciência (motivos religiosos ou outros), se recusar a realizar o procedimento, mas o Estado tem que prover outro profissional para fazê-lo. Com a legalização do aborto, o profissional continuará tendo resguardado sua decisão de não executar o aborto desde que haja outro que possa realizá-lo e não implique risco de vida à mulher. Mas, com a legalização terá que ser incluída na formação profissional o ensino de tal procedimento, habilitando todos os profissionais a lidarem com esta situação e todo serviço de saúde pública deverá de alguma forma acolher e ter resolutividade quando atender a uma mulher que precisa abortar. Quem auxiliar uma mulher a realizar um aborto também não estará mais correndo o risco de ser acusado de cometer um crime.

Ameaça ao direito sexual e reprodutivo e à vida das mulheres

Nos últimos anos, viu-se o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e a questão do aborto sofrerem alguns reveses. A progressiva criminalização das mulheres com desmontes de clínicas de aborto, como em Mato Grosso do Sul, o retrocesso do texto do Plano Nacional de Direitos Humanos - terceira versão (PNDH-3), no que se refere à descriminalização do aborto, o crescimento de setores conservadores no congresso com a consequente proposição do estatuto do nascituro, são exemplos de ataques sofridos neste período.

Em 2007, tomou espaço na mídia a realização de abortos em uma clínica de planejamento familiar na cidade de Campo Grande, Mato-grosso do Sul. O ministério Público estadual durante sua investigação apreendeu quase 10.000 prontuários médicos que serviram como prova na acusação de realizar aborto contra 70 mulheres. Porém, durante as investigações, esses prontuários, que por serem documentos médicos deveriam ser acessados apenas por médicos-peritos, para fins processuais, foram anexados ao processo criminal e acessíveis à curiosidade popular por quase três meses, violando os princípios constitucionais de privacidade e intimidade das mulheres⁹. Ademais, as condições colocadas para suspensão dos processos oferecidas às mulheres eram trabalhos comunitários em creches ou escolas infantis, constituindo um tratamento desumano a essas mulheres.

Em 2009, o PNDH-3 teve seu texto lançado e assimilado os resultados dos debates realizados em conferências no Brasil com a participação de diversos movimentos sociais. Traz avanços em seu texto como a questão da necessidade do governo engajar-se na discriminação do aborto, considerando que “a ilegalidade do aborto não impede que ele seja praticado, mas implica riscos de saúde inerentes à clandestinidade”⁶. A pressão de setores conservadores em 2010 para a mudança deste ponto e outros como a questão agrária e a abertura de documentos da ditadura fez com que o governo retrocedesse:

“Infelizmente, a opção do governo, naquele momento, foi de recuar em relação aos direitos reprodutivos. Optou-se por uma nova redação, que reconheceu que o aborto inseguro é uma questão de saúde pública e que o Estado garantiria o acesso das mulheres que recorressem à prática a serviços de saúde, mas silenciando sobre a mudança da lei penal em relação ao tema. Tal posicionamento, embora importante por reconhecer a realidade que afeta milhares de mulheres que buscam os serviços de saúde para tratamento das complicações derivadas de aborto, não resolve o problema da sua criminalização, que se mantém como a única resposta do Estado para tal problema⁶.”

Já em maio de 2010, a Comissão de Seguridade Social e Família da câmara aprovou o Projeto de Lei (PL) 478/07, conhecido como Estatuto do Nascituro. Este estatuto:

“[...] estabelece a proteção do direito à vida do nascituro desde a concepção, equiparando-o aos direitos de seres humanos que se realizam com o seu nascimento com vida. O nascimento com vida é uma condição para efetividade dos direitos previstos no ordenamento jurídico brasileiro, uma vez que inexistente o consenso científico e moral sobre quando começa a vida humana. Ao conferir o direito absoluto à vida dos embriões, o projeto desconsidera os direitos reprodutivos das mulheres garantidos por lei⁶.”

Tal projeto parte da propositura de grupos religiosos que o baseiam em suas crenças e dogmas sobre o princípio da vida. Porém, a constituição brasileira de 1988 já define o estado brasileiro como laico e democrático e é clara no que diz respeito à proteção ao direito à vida, conferindo-lhe tal proteção a partir do nascimento com vida. Com a equiparação de embriões aos seres humanos em termos de direitos, as possibilidades de avanços científicos com as células tronco de embriões que podem garantir a esperança a diversas pessoas com deficiências e a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras se veem ameaçados.

Apontamentos para políticas de saúde das mulheres

A questão do aborto, para além de seu caráter emancipatório, é uma questão de saúde pública, pois a cada ano milhares de brasileiras colocam sua vida em risco pela ilegalidade do aborto. Como são as mulheres pobres que em sua maioria tem de recorrer a meios mais inseguros, é no Sistema Único de Saúde que se faz sentir as consequências da criminalização. É necessário debater a legalização sob o viés da saúde pública, resguardando a laicidade do estado, colocando o debate fora do campo das religiões. É preciso humanizar o atendimento a essas mulheres, res-

guardando sua autonomia de decisão e preservando sua vida e a integridade de seus corpos, ao contrário do que se observa hoje com a negligência no atendimento que culmina em complicações que podem ocasionar a histerectomia ou mesmo a morte.

Até que seja legalizado o aborto em todas as situações, é preciso garantir o direito naqueles casos que já estão previstos por Lei, oferecendo serviços públicos para realização do procedimento em tempo hábil. Também é imprescindível evitar a perda de direitos já conquistados, o que pode acontecer com a aprovação do Estatuto do Nascituro que equipara o feto ao recém-nascido em termos de direitos. O caráter perigosamente teocrático que tem tomado o legislativo brasileiro coloca para o movimento feminista e demais movimentos que tem a saúde das mulheres como objetivo o desafio de expandir o debate do aborto junto às massas populares e acumular forças para o enfrentamento cada vez mais necessário com os setores mais conservadores da sociedade, sob risco de se continuar a ver tantas mulheres brasileiras sangrarem, serem criminalizadas e morrerem por desejarem decidir sobre seu corpo e sua vida.

“Gostaria de contar uma história que vivi e que me fez refletir sobre por que as mulheres abortam. Quando estava concluindo o curso médico em um estágio na Maternidade Escola, uma das pacientes que eu deveria acompanhar em sua internação era Ritinha. Ela tinha a minha idade, 20 e poucos anos, mas Ritinha era pobre, tinha diabetes e estava grávida. Por ser pobre e não poder comprar insulinas caras, ter acesso à consulta com especialista ou ter um aparelho para medir o açúcar de seu sangue em casa, o diabetes mal controlado lhe tirou a visão, comprometeu o funcionamento de seus rins e isso a levou a desenvolver hipertensão arterial. Sem dúvida, no nosso jargão, uma gravidez de alto risco. Entenda-se: alto risco de morte para a mãe. Para completar, o marido de Ritinha também era cego. Em uma discussão entre os médicos ficou decidido que seria um caso plausível de interrupção da gravidez, se ela assim o desejasse. Coube a mim a tarefa de conversar com ela. Após fa-

zê-la entender os riscos de sua gravidez, já que por vezes quanto mais adiantada a gestação, mais difícil o controle da pressão (essa é uma das principais causas de morte de mulheres no parto), coloquei que ela teria a opção de realizar o aborto. Ritinha pensou um pouco, com seus olhos brancos olhando o vazio e disse com sua voz fina: se for pra eu correr todo esse risco, acho que é melhor tirar. Se eu morrer, quem vai cuidar do meu filhinho?"

"Com o passar dos dias, fomos conseguindo controlar melhor a pressão e o diabetes de Rita, e ela, por desejar muito ser mãe (dizia que seria sua maior alegria), acabou correndo o risco e deu a luz a uma menina de mais de três quilos. Antes que os fundamentalistas de plantão se apeguem ao fim da história, que, ainda bem, terminou bem, gostaria de retomar a questão de que as mulheres abortam por inúmeros motivos. Abortam até por amor aos filhos que ainda não tem e tanto desejam, mas que não querem ver passando necessidade, com um futuro incerto. Se Rita morresse no parto, quem cuidaria de seu bebê? O estado? A igreja? O marido cego? Para ela, estas possibilidades não estavam colocadas, pois no mundo de Ritinha, cuidar dos filhos ainda é um papel que compete às mulheres."

Referências

1. Beauvoir S, O segundo sexo – 1. Fatos e mitos. São Paulo: Círculo do Livro; 1949.
2. Hite S, O relatório Hite – Um profundo estudo sobre a sexualidade feminina. São Paulo: Círculo do Livro; 1976.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 300p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

4. Pereira ALC, Ávila MAN, Planejamento Familiar no Brasil – Uma análise crítica. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva.[periódico on line] 2011 jun.-ago. [capturado em: 12 ago. 2011]; 53.
5. Sorrentino RS, Dossiê aborto inseguro. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde. [editor desconhecido]; [c2010].
6. Galli B, Um balanço retrospectivo e analítico do direitos reprodutivos em 2010: desafios persistentes *in* Direitos Humanos no Brasil 2010: relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo: Expressão Popular; 2010 (organização Tatiana Merlino e Maria Luísa Mendonça).
7. Brasil, Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil- versão preliminar. Brasília: [Editor desconhecido]; 2008.
8. Grupo de Estudos sobre Aborto-GEA. Anencefalia: argumentos técnico-científicos para subsidiar a discussão da ADPF nº 54 pelo STF. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva.[periódico on line] 2011 jun.-ago. [capturado em: 12 ago. 2011]; 53.
9. Galli B, Mulheres processadas pela prática do aborto em Mato Grosso do Sul: direitos humanos e reprodutivos em questão *in* Direito Humanos no Brasil 2008: relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo, 2008.
10. Catonné JP, A sexualidade ontem e hoje. São Paulo: Cortez; 1994 (Coleção questões da nossa época; v. 40).
11. Sempreviva Organização Feminista. Mulheres, corpo e saúde. Nalu Faria (org.) e Maria Lúcia da Silveira (org.). São Paulo: SOF; 2000. 72p. (Coleção Cadernos Sempreviva).

Capítulo 8



Atenção à saúde da pessoa idosa:

estratégia para a promoção do envelhecer saudável

Eliane de Sousa Leite

Jamili Anbar Torquato

Marcella Costa Souto

Islânia Soares de Abrantes

“Velhice, história de cada homem, a cada vida que marca o passo, a cada dança que marca enredo, em cada aperto, em cada abraço, no sussurrar de cada segredo. Lendas, fatos e lembranças, na temperança que franze a testa, no enrugado e na esperança, no pendurar de todo desejo, no doce rir de cada criança”. (Joselito Santos)

Considerações Iniciais

O envelhecimento populacional é uma realidade no cenário nacional e mundial, que vem sendo muito debatida ao longo de mais de uma década, trazendo consigo mudanças no âmbito social, estrutural e cultural, visto que os avanços científicos e tecnológicos da área da saúde colaboraram para o aumento da expectativa de vida¹. Este fato interfere diretamente na qualidade de vida da terceira idade.

Vale ressaltar que a estimativa mundial do número de idosos para o ano de 2025, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), será de 34,5 milhões, o que corresponderá a 15% da população brasileira. Este aumento se verifica de forma mais ver-

tiginosa nos países em desenvolvimento, o que difere dos países desenvolvidos, isto fará do Brasil o sexto país em número de idosos no mundo². Com o crescimento da população idosa, cresce, também, a sua percepção sobre saúde e a necessidade de mais cuidados, levando as pessoas a procurarem a assistência médica. Diante desse quadro, se faz necessário desenvolver políticas de saúde que incentivem a qualidade de vida e a melhora da assistência à saúde desta população.

O aumento da longevidade, nem sempre vem acompanhado de um envelhecimento saudável. Uma parcela desta população, em especial, os indivíduos inseridos em fases mais avançadas da vida, e em condições socioeconômicas desfavoráveis, envelhecem em condições insatisfatórias, fruto de doenças que além de limitações das capacidades funcionais físicas e mentais, aumentam a taxa de mortalidade. Esta transformação demográfica precisa ser acompanhada de mudanças e redirecionamentos dos investimentos na assistência à saúde, levando-se em conta a nova realidade do contingente de idosos e suas necessidades específicas no presente e no futuro³.

Para que haja a manutenção da saúde e autonomia do idoso, identificado como uma boa qualidade de vida física, mental e social, é necessário estimular os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, como também a considerar o contexto social político, econômico e cultural no qual estão inseridos.

No decorrer deste capítulo, serão abordados inicialmente os aspectos relacionados à Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI), considerações acerca do envelhecimento e da qualidade de vida e, em seguida, as ações de saúde que visam à melhoria da qualidade de vida de idosos, a exemplo de: atividades físicas, fisioterapia, atividades de saúde mental, orientação nutricional e orientação de higiene corporal e saúde bucal da pessoa idosa.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Ao considerar a necessidade do setor saúde de dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e determinou que os órgãos e entidades do

Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nelas estabelecidas⁴.

A PNSPI, descrita e regulamentada através da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, significa a contemplação dos direitos dos idosos de uma maneira mais ampla. Essa Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de sua enfermidade e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades de vida diária - AVD e atividades instrumentais da vida diária - AIVD⁴.

Estudos populacionais realizados no Brasil têm demonstrado que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% pelo menos cinco destas enfermidades, destacando-se diabetes, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, entre outras. A existência de uma ou mais enfermidade crônica não significa que o idoso seja incapaz de realizar suas atividades de maneira independente³.

A PNSPI tem como finalidade recuperar, manter e promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restrita. O propósito é manter a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política, todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade⁴.

Nessa Política, estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito citado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da PNSPI, mediante o qual deverá ser possível efetuar eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática. A implementação dessa Política compreende a definição e/ou adequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde que, direta ou indiretamente relaciona-se

com seu objeto. Para o alcance do propósito da PNSPI, são definidas as seguintes diretrizes essenciais⁴⁻⁵.

- Promoção de um envelhecimento saudável;
- Manutenção da capacidade funcional;
- Assistência às necessidades de saúde do idoso;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- Capacitação de recursos humanos especializados;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Partindo desse pressuposto, todas as ações em saúde do idoso, como previsto na Política, devem ter como prioridade, ao máximo, manter o idoso na comunidade, junto de sua família, de forma mais digna e confortável possível. Somente quando falhar todas as alternativas de cuidados domiciliares é que o idoso deverá ser encaminhado para um serviço de saúde de longa permanência, seja ele um hospital ou casa de repouso. Para tanto, esses serviços de saúde deverão estar preparados para assistir esses pacientes e oferecer uma assistência diferenciada, reabilitando-os durante a internação, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde⁴.

Envelhecimento e Qualidade de Vida

O envelhecimento é um processo natural do ser humano. Este não diz respeito à diminuição ou perda das funções, não sendo o número de anos que se vive o determinante para o comportamento e as vivências, pois são os fatores que contemplam a autopercepção da posição do indivíduo na vida, no contexto familiar, cultural e no sistema de valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos de vida, expectativas e preocupações que influenciam na qualidade de vida da pessoa idosa ⁶⁻⁷.

A mudança da estrutura etária da população produz um aumento da proporção de pessoas acima de determinada idade considerada como definidora do início da velhice. Este limite varia de sociedade para sociedade e depende de uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos, culturais, econômicos, ambientais e científicos³.

Primário ou Normal	Secundário ou patológico	Terciário ou terminal
Chamado de senescência ou senectude, que é a resultante do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento fisiológico.	Denominado de senilidade, que é caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa.	Período relacionado ao declínio, término, morte.

Alguns autores⁸⁻⁹ definem o envelhecimento como:

Figura 1: Definições sobre o envelhecimento. ^{8,9}

Muitas são as teorias que estudam o envelhecimento, dentre elas destacam-se¹⁰:

- A psicológica, que aborda os processos mentais, o comportamento e os sentimentos das pessoas durante o ciclo de vida, juntamente com os mecanismos utilizados para enfrentar os desafios da velhice e dizem respeito à natureza das mudanças evolutivas ocorridas em todo curso de vida, propondo explicar como o comportamento humano se organiza no decorrer da vida e em quais circunstâncias torna-se ótimo ou desorganizado.
- As biológicas, que dão ênfase ao declínio e à degeneração da função e de estrutura dos sistemas orgânicos e das células.

Pode-se então compreender o envelhecimento como um processo que vai sendo construído no transcorrer da vida. Cada

idoso é um ser único, o que faz com que as taxas de declínio sejam diferentes para cada indivíduo¹¹.

Portanto, a queda nas taxas de fecundidade, associada à melhoria da qualidade de vida da população e da assistência à saúde contribuíram positivamente neste processo de envelhecimento. É importante destacar que estes avanços não ocorreram uniformemente no mundo. Cada país possui seus aspectos culturais, econômicos e sociais que estão diretamente ligados à qualidade de vida de seus cidadãos e que acabam interferindo no modo como as pessoas irão envelhecer¹¹.

O termo Qualidade de Vida (QV) foi utilizado por Pigou, 1920, em seu livro sobre economia e bem-estar, discute o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do estado. O referido termo não foi valorizado e foi esquecido¹¹⁻¹². Posteriormente, o conceito QV foi citado novamente por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que se proporcionam às pessoas”¹².

Após a segunda Guerra Mundial, o termo QV passou a ser muito utilizado, com a noção de sucesso associado à melhoria do padrão de vida e para criticar políticas, em que o objetivo era o crescimento econômico. Com o passar dos anos, o conceito se ampliou, significando, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer. Atualmente, ele se torna mais abrangente, na perspectiva de uma visão multifatorial relacionada à autoestima e ao bem estar pessoal e está submetido a múltiplos pontos de vista, de acordo com variáveis, como: cultura, nível socioeconômico, estado emocional, interação social e atividade intelectual¹².

A priori, não existe definição unânime para o conceito sobre a QV, e na atualidade não há um consenso. Um grupo de especialista da OMS, de diferentes culturas, num projeto colaborativo multicêntrico, obteve três aspectos fundamentais referente ao constructo QV: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas)¹³.

Por outro lado, ressalta-se que na população idosa, a QV abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade¹¹.

Estudos sobre Qualidade de Vida na Velhice¹³ destacam que o processo de envelhecimento não diz respeito, necessariamente, à diminuição ou perda das funções, não sendo o número de anos que se vive o determinante para o comportamento e as vivências, mas os fatores que influenciam na qualidade de vida da pessoa idosa⁵. A qualidade de vida contempla a autopercepção da posição do indivíduo na vida, no contexto familiar, cultural e no sistema de valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos de vida, expectativas e preocupações¹⁴.

Portanto, a melhoria da qualidade de vida dos idosos torna-se um desafio no século XXI, na medida em que pode ocasionar consequências inquietantes nos níveis econômico, social, epidemiológico e familiar, necessitando de uma concentração de esforços nas diferentes áreas profissionais, objetivando um maior conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e principalmente como envelhecer de forma saudável, priorizando esses esforços na manutenção da independência e autonomia do indivíduo.

Ações para melhoria da qualidade de Vida de Idosos

A promoção da saúde vem sendo entendida nas últimas décadas como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos, em particular da população idosa. Essas ações são responsáveis pelo incremento das condições de saúde através de adoção de hábitos saudáveis, mudança no estilo de vida, visando à cidadania e inserção social¹⁵.

As ações de saúde devem ser realizadas preferencialmente em grupos, somente assim, o idoso poderá compartilhar experiências, o que favorece o crescimento mútuo, que tem como obje-

tivo a promoção da saúde e visa proporcionar aos participantes bem-estar e aprendizagem em termo de resolução das dificuldades e problemas vivenciados por eles, além de encorajar a ajuda recíproca, em que cada um cuida de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente¹⁶.

Dentre as principais ações de saúde que os profissionais devem desenvolver para que o idoso mantenha ou desenvolva uma boa qualidade de vida, destacam-se: atividade física, atividade de fisioterapia, atividade mental, orientação nutricional, orientação sobre a higiene corporal e saúde bucal. Entretanto, todas essas atividades devem ser realizadas e orientadas por uma equipe interdisciplinar com treinamento específico para trabalhar com pessoas da terceira idade.

Atividade Física

É possível dizer, que do ponto de vista epidemiológico e da saúde pública, já existe consenso no reconhecimento dos benefícios advindos da prática regular de atividades físicas pelos idosos, tanto nos aspectos fisiológicos como psicossociais, proporcionando melhorias significativas na autoestima e na qualidade de vida destas pessoas¹⁷. A atividade física é indispensável para a manutenção da capacidade funcional, uma vez que, realizada regularmente, pode reduzir ou prevenir inúmeras incapacidades funcionais associadas ao envelhecimento.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa assume que o principal problema que afeta o idoso como consequência da evolução de suas enfermidades e seu estilo de vida é a perda da sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades de vida diária. Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades⁴.

Diante dessa importância, a prática de educação física deve ser estimulada em todas as etapas da vida, desde a infância até a velhice. Ressalta-se que mesmo com algumas doenças e dificult-

dades, a maioria das pessoas consegue praticar algum tipo de atividade física.

Os exercícios físicos regulares e moderados proporcionam ao idoso inúmeros benefícios, entre eles estão: a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, e a melhora da utilização de glicose e do perfil lipídico. São todos elementos importantes para trabalhar a força, resistência muscular e flexibilidade, favorecendo os músculos e ossos, o coração e os pulmões¹⁷.

As práticas de atividades físicas apresentam benefícios psicossociais, contribuindo para aumentar os contatos e vínculos sociais, aliviar da depressão, intensificar a autoconfiança, potencializar a autoestima. Estas atividades contribuem ainda para a melhoria da saúde mental e mudanças de conceitos, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida ao idoso¹⁷⁻¹⁸.

Sabendo da importância dessa atividade, todos os indivíduos devem realizar atividades físicas, em especial as pessoas com 60 anos ou mais. No que concerne aos idosos, estes devem ser submetidos à avaliação médica antes de iniciar as atividades físicas, que devem ser acompanhadas por profissionais da área de Educação Física que estejam aptos para trabalhar com a população da terceira idade¹⁷.

Atualmente, a prática regular de atividades física emerge como importante recurso a ser incorporado em ações de promoção de saúde, uma vez que apresenta uma variedade de benefícios para a população idosa.

Fisioterapia

A Fisioterapia tem surgido como uma ciência da saúde que visa a estudar, prevenir e tratar dos distúrbios do movimento humano gerados por alterações genéticas, traumas, doenças adquiridas, alterações patológicas e suas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu propósito é preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade dos órgãos, sistemas ou funções¹⁹.

Embora a utilização da Fisioterapia seja capaz de diminuir a necessidade futura de formas de tratamento mais dispendiosas e traumáticas, possibilitando a prevenção de doenças e a promo-

ção da saúde, existe grande lacuna na literatura científica sobre a mensuração de sua aplicabilidade nas populações idosas.

A reabilitação é considerada como a terceira fase de assistência à saúde, ou seja, a prevenção terciária. Isto mostra que ela somente começa após o término do tratamento específico, clínico ou cirúrgico de uma doença, fazendo com que medidas precoces sejam adiadas e que se instalem precocemente as incapacidades.

O conceito de reabilitação descreve um processo que busca pelo desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo, quando possível, que o indivíduo alcance sua independência nas atividades físicas diárias e de vida prática¹⁹.

Nos últimos anos, a medicina de reabilitação vem tentando introduzir nas estruturas de saúde do idoso, uma conscientização que consiste em alguns princípios peculiares e que compõem um processo interativo de saúde, na qual valorizem ganhos funcionais.

Assim, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal, para que o idoso possa viver independente, esta é a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, como: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, ter controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar uma certa distância¹⁹.

A prática de exercícios físicos reduz o risco da doença arterial coronária pela melhora da capacidade cardiopulmonar, da circulação miocárdica, do metabolismo cardíaco e do aprimoramento das propriedades mecânicas do coração. Age também sobre os fatores de risco para doenças como hipertensão arterial, alteração dos níveis plasmáticos de glicose e insulina, obesidade e anormalidades no perfil lipoprotéico²⁰.

Realizar regularmente exercícios físicos tanto de alta quanto de baixa intensidade mantém as funções cardiopulmonar, musculoesquelética e neuromotor em níveis superiores ao encontrados em sujeitos sedentários. E a prática da hidroterapia tem-se mostrado eficaz, para diferentes grupos etários de idosos, trazendo muitos benefícios que promovem a saúde²⁰.

Assim, a hidroterapia tem sido utilizada como recurso para tratar doenças reumáticas, ortopédicas e neurológicas. As propriedades físicas da água, somadas aos exercícios, podem cumprir com a maioria dos objetivos físicos propostos num programa de reabilitação. O meio aquático é considerado seguro e eficaz na reabilitação do idoso, pois a água atua simultaneamente nas dorsões musculoesqueléticas e melhora o equilíbrio²¹.

A fisioterapia visa desde a preservação da função ao adiamento da instalação de incapacidades através de medidas preventivas, a reabilitação tem ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidade ou disfunção, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida.

Atividade Mental

Estabelecer limites entre o estado normal e a presença de alterações mentais e intelectuais na pessoa idosa, por vezes, é bem difícil. Portanto, alterações da memória, demência, depressão, alterações do sono são alguns dos distúrbios que frequentemente são encontrados na terceira idade²².

No tocante à saúde mental, entende-se como equilíbrio psíquico que resulta da interação da pessoa com a realidade. Essa realidade é o meio circundante que permite a pessoa desenvolver suas potencialidades humanas, as quais estão estreitamente associadas à satisfação das necessidades humanas²³.

O envelhecimento da população mundial traz enormes desafios em relação aos problemas de saúde mental nos idosos. Pesquisas mostram a depressão e a demência como os transtornos mentais mais frequentes nesta fase da vida e estimam que aproximadamente 20% das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos têm demência e 15 a 20% dos idosos apresentam sintomas depressivos que afetam suas vidas²². Diante desse cenário, faz-se necessário o desenvolvimento de atividades que estimulem as funções mentais e cognitivas dessa população.

Durante o envelhecimento, ocorrem diversas alterações no sistema nervoso central, como redução do peso encefálico, do fluxo sanguíneo cerebral e do número de neurônios e lentificação

da velocidade da condução nervosa, entre outras. Em consequência, observam-se declínios graduais nas funções cognitivas, considerados comuns, como a perda da memória e até déficits mentais mais acentuados²³.

Em geral, o envelhecimento traz consigo uma série de implicações, dentre elas a redução da mobilidade motora, da capacidade de concentração, da velocidade de reação e da coordenação, o que pode contribuir para que a pessoa torne-se insegura, sem motivação, depressiva e desvalorizada. Entretanto, a atividade física tem se mostrado uma boa medida terapêutica para melhoria da saúde mental da pessoa idosa²².

Seria salutar se o idoso fosse incentivado a interessar-se pelos eventos de sua comunidade e motivado a participar, dentro de suas possibilidades, das atividades locais. Ademais, deve-se estimular a percepção, a criatividade, a curiosidade, a iniciativa, a flexibilidade e a originalidade de pensamento.

Os profissionais de saúde e cuidadores de idosos devem procurar diariamente estimular a atenção do idoso, a concentração e a memória através da leitura de livros, jornais, revistas, palavras cruzadas e por jogos de mesa a exemplo do jogo de dama, gamão jogo de carta. É possível ainda estimular a função cognitiva através de inúmeras outras atividades, a exemplo de: jardinagem, pintura, bordados, culinária, música, dança e teatro, desde que essas atividades sejam significativas e prazerosas e escolhidas pelo o idoso.

Orientação Nutricional

A alimentação saudável é um dos pilares para o bem viver e é essencial para a manutenção de todos os processos vitais. Assim, manter uma alimentação saudável é o caminho para quem deseja uma melhor qualidade de vida. Neste sentido, a manutenção de uma alimentação adequada é de extrema importância para a saúde da pessoa idosa, tanto na recuperação como na prevenção de doenças.

Algumas alterações no processo de envelhecimento podem afetar o padrão alimentar do indivíduo, como a diminuição das papilas gustativas, com prejuízo do paladar; redução do olfa-

to e da visão; diminuição da secreção salivar e gástrica; falha na mastigação pela ausência de dentes ou uso de próteses impróprias; é redução da motilidade intestinal²⁴.

É fundamental que o idoso apresente uma dieta equilibrada, ele deve realizar de 4 a 6 refeições diárias, incluindo alimentos de todos os grupos da pirâmide alimentar (lipídios, proteínas, carboidratos, fibras). O atendimento das necessidades de vitaminas e minerais é essencial, pois estes nutrientes, além de atuar regulando diversas funções no organismo, agem como antioxidante e previnem o envelhecimento e aparecimento de doenças. Além disso, é importante a refeição apresentar aspectos agradáveis, como cor, sabor, aroma e textura, e que seja priorizado o prazer no momento da refeição, atendendo as preferências do idoso²⁴⁻²⁵.

Outro componente importante para a saúde do idoso é a água. Todo sistema no corpo depende da água. Por isso, o idoso deve ingerir de seis a oito copos de água por dia, mesmo que, habitualmente, esteja acostumado a consumir chás e sucos. A partir dos 60 anos aumenta a propensão da pessoa ficar desidratada. O idoso deve beber muito líquido especialmente quando o tempo estiver quente. A sede não é um sinal que traduza as necessidades orgânicas e, por isso, é importante beber água mesmo quando não se tem sede²⁵.

Orientações de Higiene Corporal e Saúde Bucal

A pele é o maior órgão do corpo humano e constitui a proteção externa do organismo. Este sistema cumpre diferentes funções, entre elas, a proteção entre o corpo e o ambiente, regulação da temperatura, armazenamento, sensibilidade, absorção e excreção²⁴.

A higiene pessoal do idoso constitui um excelente meio para a prevenção de doenças, ao passo que oferece estímulo à circulação, proporciona a remoção de resíduos orgânicos, auxilia na autoestima e sensação de bem-estar do idoso.

Os hábitos de higiene no decorrer do processo evolutivo favoreceram significativamente o aumento da longevidade, e a partir das influências socioeconômicas e culturais os padrões de

higiene notadamente direcionam a uma melhor qualidade de vida da população. Nesse contexto, pesquisadores²⁴ propõem estratégia de promoção da saúde para atender as alterações do sistema tegumentar apresentado pelo idoso, a exemplo do banho diário que deve ser dado conforme a condição de saúde do idoso, dando preferências aos sabonetes glicerizados. Após o banho, a pele deve ser seca com tecidos leves, pois um atrito de uma toalha, quando aplicada com vigor, é o suficiente para produzir uma resposta inflamatória na pele do idoso, e por fim aplicar um creme na pele para manter sua hidratação.

Existem vários fatores que devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde e cuidadores informais ao realizarem a higiene corporal do idoso, entre eles estão²⁴⁻²⁵.

Biofisiológico	Psicológico	Sociológico	Culturais e Espirituais:
Idoso pode não ter condições físicas de cuidar-se por causa da presença de modificações fisiológicas do próprio envelhecimento, de doença crônica, problema visual.	Insatisfação quanto à imagem corporal, constrangimento e pudor.	Estrutura física não adequada de banheiros.	Significado da higiene e limpeza na família e cultura.

Figura 2: Fatores que devem ser levados em consideração pelos cuidadores informais e formais na higiene corporal do idoso^{24,25}.

No concernente à pele do idoso, os profissionais de saúde devem estar atentos para qualquer condição que comprometa a pele da pessoa idosa e provoque uma infecção cutânea. As medidas de higiene correspondem às principais ações que devem ser tomadas para a conservação e proteção da mesma.

A saúde bucal na terceira idade é um fator indispensável para o envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida, mas sua importância ainda não é devidamente reconhecida. Segundo estudo sobre “Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos”, o quadro de saúde bucal da terceira idade reflete

nitidamente nas condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham²⁵.

Como exemplo, tem-se o edentulismo, ainda aceito por muitos como um fenômeno natural do envelhecimento. No entanto, sabe-se hoje que esse fato é o reflexo da falta de prevenção, de informação e, conseqüentemente, de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas²⁶.

A higiene bucal diz respeito aos cuidados com os dentes e as demais estruturas da cavidade bucal: gengivas, língua, lábios, para mantermos um bom estado de saúde geral. A higiene adequada da boca, após as refeições, é uma conduta que precisa ser reforçada com a pessoa idosa para o favorecimento da saúde bucal²⁵.

Estudos revelam que as condições de saúde bucal influenciam na autoestima, na fala, na percepção do paladar, na digestão e na deglutição. Um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido é a manutenção por toda a vida de sua dentição natural, saudável e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar²⁶.

Diante da importância que a preservação dos dentes representa para a pessoa idosa, a família e os profissionais de saúde bucal devem motivar, orientar e ensinar o idoso a realizar uma adequada escovação dos dentes. Sabe-se que ocorre crescente perda de habilidades manuais por parte do idoso, dificultando uma escovação criteriosa.

Portanto, a prevalência de doença periodontal aumenta com o decorrer da idade e tem sido vista, por alguns autores, como principal causa do edentulismo. As doenças orais mais presentes no "idoso" incluem: cáries de raiz, xerostomia (boca seca), atrição/abrasão, lesões da mucosa oral, doenças da gengiva e câncer oral²⁶.

O idoso apresenta também outros problemas de saúde bucal, a exemplo de sangramento da gengiva, em que apresenta diversas causas e uma das mais frequentes ocorre devido à placa bacteriana formada pelo acúmulo de restos alimentares não removidos na escovação. Dor de dente tem como principais causas

a cárie, a má oclusão, o desgaste do esmalte, os problemas de canal e traumatismos. Outro problema frequente na boca do idoso é a afta que se apresenta como uma úlcera dolorosa que surge na parte interna da boca, muitas vezes decorrentes do uso de próteses mal adaptadas²⁵⁻²⁶.

Nesse sentido, para o idoso manter e prevenir a saúde dos dentes é necessário que ele mantenha uma higiene bucal adequada, com escovação e uso do fio dental. Evitar alimentos ácidos e fazer visitas regularmente ao dentista permite que sejam verificadas as condições da boca, bem como a funcionalidade das próteses dentárias (sua vida útil).

Partindo dessa análise, a saúde bucal na terceira idade é um fator indispensável para o envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida. Entretanto, as condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham são refletidas nitidamente na saúde bucal, uma vez que idosos expostos a situações de vulnerabilidade social estão mais sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Considerações Finais

O envelhecimento saudável é uma aspiração básica que potencializa o viver e depende, em partes, de condições sociais e políticas públicas que garantam direitos básicos de cidadania e possibilitem práticas tendencialmente saudáveis, como alimentação equilibrada, higiene corporal e saúde bucal adequada, atividade física regular, uso prazeroso do corpo, inserção social e ocupacional dotadas de significados, lazer, além do acesso a serviços assistenciais e preventivos.

Diante do contexto, o envelhecimento saudável é considerado uma meta complexa, em torno da qual são necessários esforços individuais e coletivos que anunciem e apontem a construção de uma nova ordem societária.

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma saudável, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as fases da vida. Importante acrescentar, que muitos idosos brasileiros envelheceram e enve-

lhecem mesmo com a falta de recursos e de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Do exposto, ressalta-se a importância da promoção da saúde da terceira idade mediante trabalhos sistematizados para prevenção, promoção e manutenção da qualidade de vida no envelhecimento.

Vale salientar que a promoção de ações de saúde é considerada no mundo contemporâneo um método que visa a beneficiar e melhorar a qualidade de vida da população idosa. Estas ações são responsáveis pelo incremento das condições de saúde através de adoção de hábitos saudáveis, mudança no estilo de vida, com vistas à cidadania e inserção social.

Referências

1. Santin JR, Borowski MZ. O idoso e o princípio constitucional da dignidade humana. Rev. RBCEH. 2008; 5 (1): 141-153.
2. World Health Organization. Aging and working capacity: report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno Saúde Pública, 2003; 19 (3): 725-733.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528 de 19 de outubro, que aprova a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Motta LB. Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do Envelhecimento. UnATI/UERJ, 2008.
6. Schmidt VRH. Resgatando a auto-estima do idoso mediante a expressão gráfico-plástica e modelagem de máscaras. Rev. RBCEH, 2007; 4(2) 31-39.
07. Santos SD. Saúde pública e qualidade de vida: avaliação do interesse da comunidade científica. Rev. RBCEH. 2008; 4(2) 23-30.

08. Néri AL. Atitudes e crenças sobre a velhice: análise de conteúdo de textos do jornal o Estado de São Paulo, publicados entre 1995 e 2002. In: Simon ORM, Néri AL. As múltiplas faces da velhice no Brasil. São Paulo: 2006: Alínea. 13-14.
09. Papaléo Netto M, Salles RFM. Fisiologia do envelhecimento: aspectos fundamentais. In: Papaléo Netto, N; Brito, F.C. Urgências em geriatria. São Paulo: Atheneu, 2007: 105-119.
10. Farinatti PTV. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. Rev Brasileira de Medicina do Esporte, 2002; 8(4) 129-138.
11. Januario RB et al. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. Rev. Conscientiae Saúde, 2011; 10 (1): 112-121.
12. Wood-Dauphine S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are you going? J. ClinEpi 1999; 52(4): 355-63.
13. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Brasileira de Psiquiatria, 1999; 21 (1): 19-28.
14. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Neri AL, Cançado, FAX, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002: 79-84.
15. Martins JJ, Barra DCC, Santos TM, Hinkel V, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; 9(2):443-56.
16. Victor JF et al. Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. Rev. Esc. Enferm USP. 2007; 41 (4); 724-30.2.
17. Zazá DC, Chagas MH. Educação física: atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011: 76p.
18. Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da Saúde: reflexões para ações educativas com idosos. Rev APS, Juiz de Fora, 2005; 8(1)15-24.

19. Tirado MGA. Reabilitação e manutenção da capacidade Funcional. In: Saldanha AL; Caldas CP. (org). Saúde do idoso a arte de cuidar. Rio de Janeiro: 2ª Ed. Editora Interciência. 2004: 144-51.
20. Moretto LC, Longo GZ, Boing AF, Arruda MP. Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina. Rev Bras Fisioter. 2009; 13(2):130-5.
21. Moura EW, Silva PAC. Fisioterapia: Aspectos clínicos e práticos da reabilitação. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
22. Oliveira RMP. O idoso com problemas mentais: aspectos clínicos. In: Figueiredo NMA; Tonini T. (org). Gerontologia atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Caetano do Sul, SP: Yendis ed. 2006: 263-92.
23. Scazufca M. Saúde Mental. 2004. In: Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento prevenção e promoção da saúde. 2004.
24. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. v. 2 Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2008.
25. SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Saúde do Idoso. Santos/SP. 2005.
26. Pucca Júnior GA. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: Papaleo NM, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em versão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2007: 297-310.

Capítulo 9



Promoção de Saúde Bucal na Atenção Primária:

O desafio da organização dos serviços

José Ferreira Lima Júnior
Evanira Rodrigues Maia
Fábio Correia Sampaio
Maria Soraya Pereira Franco Adriano

A organização dos serviços de atenção primária, tendo a saúde bucal como eixo transversal de atuação, constitui um *modus operandi* promotor de saúde. Que a prática cotidiana da Saúde Bucal Coletiva consiga ir de encontro à “odontologia brasileira tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica”.

Volnei Garrafa

Considerações introdutórias

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os Sistemas de Serviços de Saúde como um conjunto de atividades, cujo propósito elementar é promover, restaurar e manter a saúde de uma população¹. Desse feito, os Sistemas de Serviços de Saúde devem constituir-se como respostas sociais, organizados deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo².

Os sistemas sociais, diferentemente dos sistemas biológicos, não procuram harmonizar suas funções em busca da sobre-

vivência, ao contrário, movem-se dialeticamente, repletos de conflitos, internos e externos. Os objetivos dos Sistemas de Serviços de Saúde são alcançar um nível ótimo de saúde através da distribuição de aparelhos de saúde do Estado de modo equitativo; garantir proteção adequada aos riscos para todos; acolher os cidadãos; promover a eficácia e a eficiência; organizar os serviços de saúde/ações na perspectiva da promoção da saúde.²

Dessa forma, considerando-se a promoção da saúde como intento precípua de um sistema de bem-estar coletivo, objetiva-se neste capítulo apresentar o modelo de organização da saúde bucal brasileira que prioriza a atenção primária à saúde como forma de acesso aos sistemas e serviços de saúde bucal com vista à promoção da saúde.

Organização da atenção em saúde bucal

A Saúde Bucal da comunidade pode ser entendida como um conjunto de ações/serviços que extrapolam os estreitos limites do meramente assistencial, do odontológico. A saúde bucal é mais ampla e exige várias articulações e compromissos.³

“A Saúde Bucal Coletiva é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e que, a um só tempo, compreende também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o”. Para esses autores, a Saúde Bucal Coletiva (SBC) advoga que a saúde bucal das populações “não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas”⁴.

Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível, portanto, de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos”. Tal concepção implica (e, num certo sentido, impõe) à SBC uma ruptura epistemológica com a odontologia (de mercado), cujo marco teórico assenta-se

nos aspectos biológicos e individuais - nos quais fundamenta sua prática - desconsiderando em sua prática essa determinação de processos sociais complexos.⁴

Por outro lado, a Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.⁵ Resumidamente, destacam-se com características da Atenção Primária à Saúde o trabalho em equipe, o território de abrangência, as práticas sanitárias democráticas e participativas, o uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, bem como o contato preferencial dos usuários com o sistema de serviços de saúde.⁶

Além dos princípios éticos e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde tem como pilares o acolhimento, o vínculo, a humanização, a responsabilização, a coordenação do trabalho em equipe e a longitudinalidade do cuidado.⁵

No Brasil, é histórica a dívida do Estado em relação à promoção da saúde bucal da população. A partir de dezembro de 2000, as ações de saúde bucal passaram a compor os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), na perspectiva de expandir o acesso coletivo às atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, o que culminou no correspondente avanço dos indicadores odontológicos do país.

Dessa monta, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ou Programa Brasil Sorridente tem como pressupostos a melhora do acesso, da ordenação das demandas reprimidas em saúde bucal, bem como o estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades, o que constitui desenvolver trabalho pleno no apoio às políticas e aos esforços internacionais para melhorar a qualidade de vida da população.⁷

Os desígnios da Política de Saúde Bucal Brasileira são a mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando a avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propor um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população com vistas a redução das desigualdades de acesso.⁷

Assim, conforme o Ministério da Saúde:

“A Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.”⁸

Nesse contexto, as práticas atuais baseiam-se na atuação da atenção primária de modo ascendente e culminando com a organização de um conjunto de ações de saúde que abrangem os níveis secundário e terciário.

Nessa direção, a Política Nacional de Saúde Bucal fundamenta-se nas seguintes ações estratégicas:

- Reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal: compreende a implantação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e de Unidades Odontológicas Móveis (UOM). Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Inicialmente, cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) era referência para duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Dessa forma, cada ESB cobria, em média, 6.900 habitantes, média populacional que limitava o acesso das pessoas com modalidades I (ESB com cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal) e II (ESB com cirurgião dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal). Apenas a partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passou a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Essa mesma Portaria reajustou os incentivos de custeio anual das ESB de Modalidade I para R\$ 15.600,00 e para R\$ 19.200,00 para as ESB Modalidade II, cessando os efeitos da Por-

taria nº 1.444/GM, de 2000. Com a Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, foram efetuados novos reajustes dos incentivos, passando cada ESB Modalidade I a receber R\$ 20.400,00 e as ESB Modalidade II a receber R\$ 26.400,00 por ano para custeio. Esses valores são 56,9% maiores, no caso das ESB Modalidade I, e 65% no caso das ESB Modalidade II, se comparados aos valores que eram repassados nos anos de 2001 e 2002. Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais. As ESB passaram a receber também um equipo para promover as ações do Técnico em Saúde Bucal. Desde seu início até os dias atuais, foi significativo o aumento da cobertura de procedimentos odontológicos; no entanto há que se qualificar a atenção especializada;

- Ampliação e qualificação da Atenção Especializada: construção de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Um conjunto de normas e requisitos para essa implantação e o credenciamento dos CEO ocorreu pela Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, bem como foi estabelecida a forma de financiamento por meio da Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, com vistas a ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. A Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005, passou a permitir o adiantamento do recurso de implantação desses Centros. Por meio da Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, os procedimentos de entrega da prótese total foram incluídos na Atenção Básica;

- Assistência na Atenção Terciária: emissão pelo cirurgião-dentista de Autorização de Internação Hospitalar, tratamento odontológico para pacientes com deficiência e atenção odontológica no credenciamento de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON);

- Promoção e prevenção: fluoretação das águas de abastecimento público e distribuição de kits de higiene bucal. Com o Brasil Sorridente, entre 2005 e dezembro de 2008, foram implantados, mediante ação conjunta com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, 711 novos sistemas de fluoretação implantados, abrangendo 503 Municípios em 11 Estados, beneficiando 7,6 milhões de pessoas.

Como o saneamento básico do país ainda é frágil, serão necessários investimentos mais contundentes para reverter essa realidade;

- Reestruturação e qualificação: doação de equipamentos odontológicos e incentivo à pesquisa em saúde bucal coletiva. Os investimentos em saúde bucal atingiram em 2006 a quantia de R\$ 545 milhões, o que corresponde a aproximadamente dez vezes o valor investido em 2002. No que tange à pesquisa científica, o Ministério da Saúde através do Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal/DAB/SAS em conjunto com o Ministério de Ciência e Tecnologia destinou desde 2002/2003 até 2008 R\$ 4.080.403,48 milhões para pesquisa em saúde bucal coletiva. Foram aprovados no total 99 Projetos de Pesquisa na Subagenda de Saúde Bucal. Essa iniciativa tem o objetivo de expandir a produção do conhecimento básico aplicado em saúde bucal, contribuindo para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde e para a superação das desigualdades. Também atende a uma antiga reivindicação dos pesquisadores odontológicos que, a partir de agora, vêm tendo o apoio efetivo do Ministério da Saúde para construir os conhecimentos que o Brasil precisa nesta área;

- Vigilância e monitoramento: formação de Centros Colaboradores de Vigilância em Saúde Bucal. Essa ação merece aprofundamento e encontra-se em processo de desenvolvimento.

se os indicadores de monitoramento e de avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação. Foram estabelecidas as prioridades através das seguintes áreas estratégicas para todo o território nacional: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem.⁹

Dentre os indicadores listados no âmbito de fortalecimento da Atenção Básica, propõe-se a garantia da atenção primária como estratégia prioritária e orientadora dos sistemas de saúde na perspectiva de reduzir as diferenças loco-regionais a partir da implantação de 16.175 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal, correspondendo a 64,7% da população brasileira coberta.⁹

Ademais, na esfera da ESF, a saúde bucal é assumida como área transversal, pois no escopo de desenvolver ações de promoção, de prevenção e de assistência, contemplando prioritariamente, as áreas programáticas e transversais, o Ministério da Saúde tem como meta uma cobertura anual de 15% de primeira consulta odontológica programática sendo utilizada como indicador a cobertura de primeira consulta odontológica programática, calculada através do número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população no mesmo local e período vezes 100.⁹

Apesar de os indicadores de saúde bucal estarem voltados em primeira instância para o aumento da cobertura através da ampliação do número de equipes e em segundo momento o agendamento e realização de primeira consulta por 15% da população das áreas adscritas, observa-se avanço no sentido de que as equipes de ESF passam a atuar com saúde bucal em todas as áreas de abrangência, o que pode significar melhoria da saúde bucal coletiva, bem como acréscimo do acesso dos usuários aos serviços através de primeira consulta.

Desse modo, é imprescindível o desenvolvimento de modelos locais de organização da saúde bucal na atenção básica como pressuposto para o alcance das prioridades, objetivos e metas pactuadas.

Dinâmica do trabalho em equipe

A organização dos serviços de saúde bucal envolve o atendimento ao usuário nas unidades básicas e também nos espaços sociais do território de abrangência.

Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe. Neste é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho nos âmbitos individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalho distintos e, portanto, à consideração de conexos e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional.¹⁰

Em outras palavras, no trabalho em equipe, os profissionais de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam pela melhor solução que cada problema exige. Embora constituindo uma equipe multiprofissional, estes profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros constitui grande desafio, pois além do potencial de integração, é também um local de conflitos, de resistência e de disputas.

A Estratégia de Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional, cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, em que cada profissional tem atribuições ora comuns (como nas ações de planejamento, busca ativa, dentre outros) ora específicas (por seus núcleos de atuação e competência). Construir a interdisciplinaridade é um desafio da saúde da família no processo de trabalho em equipe.⁵

No trabalho em equipe, a abordagem dos problemas de saúde assume nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra de maior amplitude, con-

cebida como cuidado, que compreende uma nova atitude frente aos processos saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma ação pró-ativa de proteção.⁵

Historicamente, o modelo de atenção à saúde bucal brasileiro foi construído com base no paradigma da Odontologia giesiana /flexneriana, o que determinou para esse modelo as seguintes características: baixo impacto social, baixa produtividade, ineficácia, ineficiência, iatrogenicidade, prática mutiladora e desconectada das necessidades sociais¹¹.

Atualmente, a incorporação das ações de saúde bucal nas equipes da Estratégia de Saúde da Família visa a transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiadora e difícil, uma vez que procura integrar a prática dos profissionais da equipe. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo modelo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender.⁷

A perspectiva é organizar os serviços em redes integradas de atenção à saúde, das quais a saúde bucal deve fazer parte como ação transversal. Dentre as diretrizes da PNSB, o Ministério da Saúde visa a “garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; [...] assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita”.⁷ A figura a seguir sintetiza o rol de ações a serem implementadas, para que de modo ascendente a ESB na ESF possa articular-se com os CEOs, os serviços de diagnóstico, os hospitais, os laboratórios de próteses dentárias e a rede de assistência farmacêutica, sem olvidar as ações domiciliares a grupos prioritários.



Figura 3: Redes integradas de atenção à saúde. Brasil, Ministério da Saúde.
 Fonte: Ministério da Saúde

Essas ações apontam, primeiramente, para a expansão das atividades e qualificação da atenção básica, bem como para a possibilidade de ampliação do acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção em saúde.⁸

Planejamento em saúde

O planejamento, entendido como um cálculo que preside e precede a ação, é inerente ao pensar e agir humanos em toda e qualquer sociedade, constituindo a expressão mais definida da chamada “razão instrumental”, que atribui a cada ato uma finalidade ou propósito.¹²

O planejamento é multifacetado e necessita de conhecimentos de várias disciplinas e campos de práticas como economia, educação, política, administração e saúde. Nos serviços de saúde, a Epidemiologia é a disciplina que fornece subsídios ao processo de planejamento, desde a identificação e descrição dos problemas até a seleção de tecnologias de intervenção e avaliação dos resultados alcançados na melhoria dos níveis de saúde e/ou quadro epidemiológico.¹³

Na organização das ações/serviços de saúde, o planejamento possibilita compreender a realidade, identificar os principais problemas/necessidades da população, hierarquizar os problemas identificados, construir um plano de ação e implementar um sistema de acompanhamento e avaliação desse plano de ação.

Ademais da compreensão do “porquê” planejar, é preciso saber “como” fazê-lo. Não se planeja individualmente, de forma intuitiva e pouco sistematizada, sem socializar institucionalmente os projetos elaborados. A linguagem do planejamento precisa ser compreendida e compartilhada por todos, objetivando a parceria em todos os momentos.⁵

No planejamento das ações de saúde na atenção básica, é importante se destacar o papel da epidemiologia com a qual se pode conhecer o perfil de distribuição dos principais agravos bucais; monitorar riscos e tendências em saúde bucal; avaliar o impacto das medidas adotadas em saúde bucal; estimar necessidades de recursos humanos em saúde bucal e indicar novos caminhos.

O planejamento deve ser realizado com dados populacionais loco-regionais, para tanto se recomenda realizar pesquisas epidemiológicas, levantamentos de necessidades e avaliação de riscos. Esse processo precisa ser acompanhado por meio de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) que disponibilize dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações.⁵

A rotina de trabalho das equipes de saúde da família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que são subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento e a avaliação. Compõem esses processos: o mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade; a interlocução com a

comunidade através dos conselhos; o cadastro das famílias e atualização constantes das informações; identificação de pessoas/famílias em situação de risco e vulnerabilidade; a análise situacional da área de abrangência; o acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares e o desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade.

Frente ao exposto, o planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos. Isso evita que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborado em um determinado momento, não é mais atualizado ou reorientado.

Estabelecer parâmetros faz-se necessário para a organização de ações serviços de saúde, de modo a promover uma ação gerencial mais efetiva e uma melhora no planejamento, permitindo acompanhamento e avaliação, conferindo às equipes de saúde qualidade diferenciada em seu processo de trabalho.

Tais parâmetros devem ser construídos a partir de metas traçadas após conhecimento da realidade sócio-cultural e epidemiológica da população. A equipe de saúde precisa participar junto com a comunidade do processo de planejamento para que ambos sejam corresponsáveis, coparticipantes e cogestores desse processo.

A Portaria 1101/2002 é referencia básica para o estabelecimento desses parâmetros. Os gestores devem observar a adequação dos preceitos desta portaria à realidade local, às possibilidades de oferta de serviços, aos problemas a serem enfrentados e às demandas dos usuários em cada território. Assim, a elaboração de parâmetros a partir de metas e o adequado uso dos SIS facilitam o monitoramento e avaliação das equipes de saúde.¹⁴

Monitoramento e avaliação

O propósito fundamental da avaliação em saúde é fornecer suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde e, por isso, deve subsidiar a identificação de problemas e

reorientar as ações e os serviços desenvolvidos; avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais (exemplo Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares do SUS) e mensurar a eficácia sobre o estado de saúde da população.

A avaliação deve ser entendida com uma ferramenta de gestão nas três esferas de governo, cujos processos avaliativos devem ser incorporados às práticas de serviços e possam ter caráter subsidiário ao planejamento, potencializando o uso de instrumentos de gestão como o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e os SIS (Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB e Sistema de Informação Ambulatorial - SIA) para a tomada de decisões e formações de sujeitos envolvidos nos processos. Assim, os momentos de avaliação são cruciais para orientação dos processos de consolidação, de implantação e de reformulação de práticas.

Os SIS correspondem a um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados da sua execução e o impacto provocado na situação de saúde.⁵ Nesta direção, cabe aos municípios alimentar regularmente os SIS do Ministério da Saúde. Tais sistemas têm papel fundamental na avaliação e no monitoramento das equipes de saúde e devem servir como ferramenta de intervenção nos planejamentos locais.

Enquanto sistema de informação da Estratégia de Saúde da Família, o SIAB permite o conhecimento da realidade da população acompanhada. No que tange à Saúde Bucal, deve ser alimentado apenas pelas equipes de saúde bucal da Estratégia. Os lançamentos compreendem os procedimentos coletivos, as visitas domiciliares e as atividades educativas em campo.

Nesse sentido, os profissionais da saúde bucal precisam estar atentos para o preenchimento diário adequado de todos os procedimentos e atividades realizadas. A adoção de mapas diários individuais por profissional (dentistas, técnico e auxiliar em saúde bucal) faz com que a equipe de saúde bucal tenha subsídios para discutir a atuação de cada um de seus membros. Estes mapas de procedimentos devem ser utilizados para discussão de

estratégias e resolução de problemas de saúde da população, através dos conselhos locais de saúde.⁵

Além dos sistemas de informações de preenchimento obrigatório, os municípios podem criar outros a partir das necessidades locais, permitindo avaliação mais detalhada das suas equipes de saúde. Nesse sentido, o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) pode apresentar uma importante interface com as estratégias de promoção de saúde bucal. Os objetivos do SISAGUA são de coletar, registrar, transmitir e disseminar os dados básicos gerados rotineiramente sobre a qualidade da água para consumo humano (cor, turbidez, cloro residual, avaliação microbiológica, dentre outros)¹⁵.

Assim, o registro e monitoramento das concentrações de flúor agregado (fluoretação artificial de águas) e de flúor residual (*in natura*) nas águas resultam em dados relevantes para nortear ações para reduzir problemas de saúde bucal a exemplo da cárie e fluorose dentária. Estas informações são de fato fundamentais para o entendimento da relação risco-benefício no uso de fluoretos nas ações básicas em saúde.

Considerações finais

Partindo-se de um entendimento atual acerca da promoção da saúde, resumidamente, ela compreende um processo que capacita pessoas e grupo de pessoas para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Em outras palavras, promoção da saúde significa oportunizar às pessoas um padrão de vida aceitável que inclua o direito a trabalho digno, educação, lazer, habitação, bom funcionamento do organismo, acesso a sistemas universais e resolutivos de serviços de saúde, dentre outros.

Ao considerar o último significado de promoção da saúde, é mister resgatar a relevância da organização das ações de saúde bucal no que tange à organização da atenção em níveis crescentes de complexidade, ao planejamento em saúde bucal, ao trabalho em equipe, ao monitoramento e a avaliação, para que os sistemas de serviços de saúde sejam eficazes na obtenção de seus objetivos.

Nesse sentido, para que se alcance um nível ideal de saúde bucal da população brasileira, há que se enfatizar a organização dos serviços de saúde bucal no âmbito da atenção primária, pois este é um caminho convergente para a consecução dos objetivos da Política Nacional de Saúde Bucal: o Brasil Sorridente. Por outro lado, ênfase não significa exclusividade, assim a construção de redes de atenção em saúde que contemplem a oferta de serviços nos diferentes níveis de complexidade é também necessária.

Frente ao exposto, almeja-se que cada vez mais a organização dos serviços de saúde bucal através da construção de redes de atenção em saúde seja um caminho trilhado por cada um dos 5.565 municípios do Brasil, para que em suas realidades locais a promoção da saúde seja uma prática transformadora de vidas humanas.

Referências

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva; WHO; 2000.
2. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveria saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
3. Botazzo C. Da arte dentária. 1ª. ed. São Paulo-SP: Editora Hucitec, 2000. v. 1. 317 p.
4. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
6. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
7. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
8. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.
9. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Portaria 325 de 21 de Fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.
10. Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2000;53(esp):143-7.

11. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 113 p.
12. Matus C. El método PES: Reingeniería pública y La teoría de las conversaciones: trabas y problemas. Fondo Editorial ALTADIR, Caracas (Colección Ciencias y Técnicas de Gobierno-2). 1994.
13. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6^a Ed. Medsi: 2003.
14. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Portaria 1101 de 12 de Junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde: Brasília, 2002.
15. Freitas MB, Freitas, CM. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10(4)993-1004.

Capítulo 10



Do saber popular à fitoterapia: situando a biotecnologia na saúde coletiva

Maria Rosilene Cândido Moreira
Rivelilson Mendes de Freitas
Reinaldo Nóbrega de Almeida
Kariny Kelly de Oliveira Maia

"A ciência humana de maneira nenhuma nega a existência de Deus. Quando considero quantas e quão maravilhosas coisas o homem compreende, pesquisa e consegue realizar, então reconheço claramente que o espírito humano é obra de Deus, e a mais notável." (Galileu Galilei)

Introdução

As plantas medicinais são usadas desde a antiguidade como matéria-prima para a fabricação de fitoterápicos e outros medicamentos. Além de seu uso como substrato para a fabricação de medicamentos, as plantas são também utilizadas em práticas populares e tradicionais como remédios caseiros e comunitários, processo conhecido como medicina tradicional.

No decorrer deste capítulo, serão abordados os aspectos relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (SUS), englobando, de forma mais específica, aspectos técnicos e legais dos fitoterápicos, bem como o uso de plantas medicinais como prática integrativa/complementar: uma estratégia para a promoção da

saúde coletiva. Esse capítulo será de fundamental importância para que os profissionais da área da saúde possam entender que é indispensável ao SUS profissionais de saúde capacitados para estabelecerem critérios técnicos na seleção e aquisição desses produtos, permitindo, assim, utilizar a biotecnologia na implantação segura e eficaz dessa política no sistema de saúde.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

O uso de plantas com a finalidade de tratar e curar condições que acometem a saúde do homem acompanha a evolução humana, datando dos tempos primitivos, em que as mulheres retiravam das ervas seus princípios ativos, por meio de processos variados, que tempos depois se tornou uma função atribuída aos curandeiros.

No século XIX, com o advento das descobertas científicas relacionadas a diversas condições patológicas, a indústria pôde se dedicar a fabricação de produtos farmacêuticos sintéticos que fossem capazes de produzir os efeitos desejáveis em curto espaço de tempo. Nesse aspecto, a indústria farmacêutica obteve seu apogeu, produzindo e comercializando uma variedade de medicamentos, com cores, tamanhos e sabores diferentes, que satisfaziam as necessidades de saúde da população nos casos em que a medicina tradicional ainda não havia alcançado.

No âmbito das políticas de saúde, referência à importância do uso de plantas medicinais, já era preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) quando, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1978), recomendou que os governos formassem mecanismos para incorporar os remédios tradicionais de eficiência comprovada junto à população, em seus diferentes níveis de cuidados primários de saúde¹.

Anos após, oriundas de intensas discussões promovidas na 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), na 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003), na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004) e nas Conferências Nacionais de Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares surgiram no escopo das políticas de

saúde brasileiras, corroborando para que a atenção à saúde estivesse pautada nos princípios doutrinários e operacionais do SUS, dando ênfase à humanização e à integralidade, viabilizando-se pelas diferentes abordagens de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, cujas práticas ocorrem no campo da integração e da complementaridade das demais ações já existentes².

Considerando as práticas populares existentes no País e sua crescente legitimação social, bem como as demandas emergentes das organizações governamentais e não governamentais brasileiras relacionadas à saúde coletiva, o Ministério da Saúde iniciou o processo de construção de uma política que tornasse viável desenvolver práticas de saúde já executadas em vários pontos do país e do mundo, mas até o momento presente desprovidas de diretrizes específicas.

Resultado de inúmeros estudos e diagnósticos situacionais realizados em âmbito nacional, após três anos de trabalho, foi publicada, na forma das portarias ministeriais nº971, de 3 de maio de 2006, e nº1.600, de 17 de julho de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, cujo documento atende também às diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da OMS².

Em sua abordagem mais ampla, a PNPIC visa a estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase no acolhimento, escuta ativa, vínculo terapêutico e integração do ser humano no seu meio social, a fim de consolidar a compreensão ampliada do processo saúde-doença e promover o autocuidado de forma ajustada aos costumes da população².

Especificamente, a PNPIC engloba como abordagens integrativas: a) Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura (MTC-A), que utiliza como estratégia terapêutica principal o estímulo de locais anatômicos por agulhas filiformes metálicas, além de práticas complementares corporais, como o *lian gong*, *chi gong*, *tui-na*, *tai-chi-chuan*, práticas complementares mentais (meditação), orientação alimentar e uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), que podem ser usadas isoladamente ou integrada a outros métodos na prevenção, promoção e recuperação da saúde; b) Homeopatia, especialidade médica que utiliza produtos obtidos pelo método de diluições, sucussões e/ou tritu-

rações sucessivas, e serve para o tratamento dos agravos de saúde, bem como para sua prevenção; c) Fitoterapia, terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas; d) Termalismo Social/Crenoterapia, que consiste em utilizar a água mineral de diferentes maneiras para fins terapêuticos; e e) Medicina Antroposófica (MA), que se apresenta como uma abordagem médico-terapêutica complementar, que na PNPIC encontra-se ainda como campo para pesquisas, a fim de tornar-se, futuramente, prática de saúde de âmbito nacional².

Por ter sido verificada como a prática integrativa de maior predominância entre os municípios e estados brasileiros², a fitoterapia merece destaque dentre as práticas integrativas e complementares na atenção à saúde, especialmente no tocante aos achados já elucidados no Brasil nas últimas décadas, além das potencialidades dos estudos em desenvolvimento quanto à utilização de plantas próprias da flora brasileira na elaboração de produtos bioativos, com propriedades terapêuticas, que podem contribuir para o tratamento, prevenção e promoção da saúde coletiva.

Plantas medicinais como fonte de medicamentos

As plantas medicinais e seus derivados vêm há muito sendo utilizados pela população nos seus cuidados com a saúde, principalmente como recurso terapêutico na medicina tradicional indígena, quilombola e demais povos e comunidades tradicionais, na prática popular (fitoterapia popular), de transmissão oral entre gerações e nos serviços públicos de saúde como prática complementar de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS.

O Brasil possui potencial e oportunidades para desenvolvimento do setor, uma vez que além do conhecimento tradicional associado às plantas medicinais, da tradição de uso pela população, da rica diversidade de espécies vegetais, da grande sócio-diversidade, possui infraestrutura tecnológica para o desenvolvimento de produtos oriundos da biodiversidade brasileira com vistas à ampliação do acesso da população a serviços e produtos,

assim como a redução da dependência tecnológica de insumos farmacêuticos.

A ampliação das opções terapêuticas ofertadas aos usuários do SUS com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia com segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, é uma importante estratégia para melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social. Com este propósito, e com vistas à normatização das ações/serviços ofertados na rede pública por demanda da OMS e da sociedade brasileira, foram desenvolvidas políticas, programas, regulamentos e recomendações em diferentes fóruns nas três instâncias de governo, no campo da biotecnologia, o isolamento de compostos bioativos, realização de experimentos científicos, produção e comercialização de medicamentos fitoterápicos no país.

Fitoterapia – uma prática de saúde coletiva

Os usos de plantas medicinais e de seus metabólitos como fonte de produtos terapêuticos têm sido objeto de larga aceitação e interesse por parte dos estudiosos da área de saúde, desencadeando uma intensa produção acadêmica com resultados obtidos em pesquisas pré-clínicas e posteriormente clínicas, originando diversos produtos farmacêuticos já disponíveis no mercado, com alcance nas áreas da terapêutica, alimentos e cosmética.

Compreende-se por fitoterápico qualquer medicamento que tenha sido produzido exclusivamente de constituintes ativos vegetais, que podem ser extratos, tinturas, óleos, ceras, exsudatos, sucos³, cuja eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas³, sendo regulamentados no Brasil por meio de Portarias, Resoluções Colegiadas e outros dispositivos regulatórios. Podem ser industrializados ou manipulados, sendo os primeiros produzidos em indústrias farmacêuticas e com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) antes de serem comercializados. Já os medicamentos manipulados são

aqueles produzidos em farmácias com manipulação, a partir da prescrição médica e, portanto, desprovidos de registro prévio.

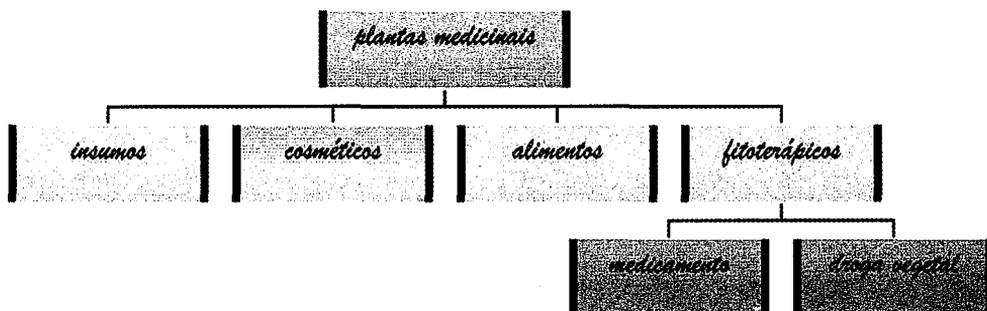


Figura 1. Utilização de plantas medicinais e classificação dos fitoterápicos³.

Com propriedades antinociceptivas, ansiolíticas, antidepressivas, antiepilépticas, os fitoterápicos alcançaram recentemente lugar de destaque dentre as prioridades do Ministério da Saúde na relação da oferta de serviços da atenção básica, tornando a Fitoterapia uma das práticas normatizadas pela PNPIC.

É valioso mencionar que, dentre a diversidade botânica existente no Brasil e no mundo, algumas plantas conseguem se destacar pelo seu poder terapêutico, verificado quando extraídas suas propriedades metabólicas. Além disso, esses produtos, por apresentarem rápida resposta farmacológica e poucas reações indesejáveis, fazem com que seu uso seja incentivado, em substituição à terapêutica alopática. Desse modo, é crescente a pesquisa no campo da biotecnologia em recursos naturais, buscando-se isolar constituintes ativos presentes nos extratos dessas plantas.

Dentre os principais fitoterápicos com registro na ANVISA, alguns apresentam efeitos sobre o Sistema Nervoso Central, exercendo grande importância sobre o tratamento e a prevenção de algumas psicopatologias. Dentre os mais conhecidos, citam-se o *Ginkgo biloba L.*, extraído da árvore de ginkgo, que abriga propriedades anticoagulantes, antioxidantes, neuroprotetoras, utilizado no tratamento da demência, vasculopatia e Mal de Alzheimer; o *Hypericum perforatum L.*, extraído da erva-de-são-joão e do hipérico, tem sido utilizado como antidepressivo; a *Matricaria recutita L.*, que tem como nomes populares a camomila, camomila-alemã, marcela-nobre e matricaria, que é utilizada no tratamento da ansiedade, insônia e enjôo; a *Melissa*

officinalis L., conhecida como melissa, erva-cidreira ou melissa-romana, possui efeito ansiolítico e sedativo; o *Panax ginseng* C. A. Mey., que age na doença neurodegenerativa, demência senil, mal de Parkinson, câncer, diabetes, processos inflamatórios e deficiência imunológica, tendo ainda demonstrado efeito antinociceptivo; a *Passiflora incarnata* L., conhecida pelo seu fruto, o maracujá, tem propriedades ansiolíticas, prolonga o período de sono e eleva o limiar nociceptivo; o *Paullinia cupana*, conhecido como guaraná, que produz efeito estimulante, afrodisíaco, broncodilatador e diurético; e a *Piper methysticum* G. Forst., conhecida como kava-kava, que possui ação ansiolítica, relaxante e sedativa⁴.

Estudos científicos têm também demonstrado que espécies do gênero *Pimenta* apresentam propriedades anti-hipertensivas, antiinflamatórias, analgésicas, antimicrobianas e antioxidantes⁵.

Considerando-se que a fitoterapia é campo de atuação multiprofissional, envolvendo desde a prescrição até a adequada orientação à clientela quanto a sua administração, indicações, contraindicações, posologia, interações medicamentosas, efeitos indesejáveis e precauções, compreende-se que os profissionais atuantes nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica, devem estar imbuídos de conhecimento científico vasto sobre as plantas medicinais, bem como seu correto uso, visto que a prática de consumir medicamentos fitoterápicos tem sido cada vez mais estimulada pelas autoridades governamentais⁶.

Segurança, eficácia e qualidade dos fitoterápicos

A regulamentação dos medicamentos fitoterápicos industrializados no Brasil é realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, órgão federal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária responsável pelo registro de medicamentos e outros produtos destinados à saúde. Diversas resoluções, decretos e normativas estabelecem parâmetros técnicos e operacionais sobre produção, validação e comercialização dos produtos fitoterápicos no país.

O Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, tem como

finalidade primordial garantir o acesso da população a esses produtos, porém, de maneira segura, pautada no uso racional, preservando a biodiversidade e ao mesmo tempo incrementando a produção industrial nacional⁷. Outro dispositivo, a RDC 14/10, de 31 de março de 2010, dispõe sobre o registro dos mesmos junto a ANVISA⁸, a fim de garantir os três requisitos essenciais (qualidade, eficácia e segurança), juntamente com a RDC 17/10, de 16 de abril de 2010⁹, que autoriza os laboratórios farmacêuticos a produzirem os fitoterápicos.

Há, ainda, documentos legais relacionados à produção, testagem e venda/disponibilização de fitoterápicos no Brasil; regulamento sobre as bibliografias que devem ser consultadas para avaliação da segurança e eficácia dos fitoterápicos; normas para elaboração das bulas dos produtos; aspectos da rotulagem dos medicamentos; normas sobre a avaliação da estabilidade dos produtos; dispositivos que regulam o processo de inspeção de órgãos fabricantes de fitoterápicos e outras normativas para ampliar as ações de eficácia, segurança e qualidade dos fitoterápicos.

Antes da comercialização de um fitoterápico no país são efetuados estudos para verificar seu efeito farmacológico. Estes são classificados em não clínicos e clínicos, o primeiro realizado em modelos animais (*in vitro* e *in vivo*) e o segundo em humanos.

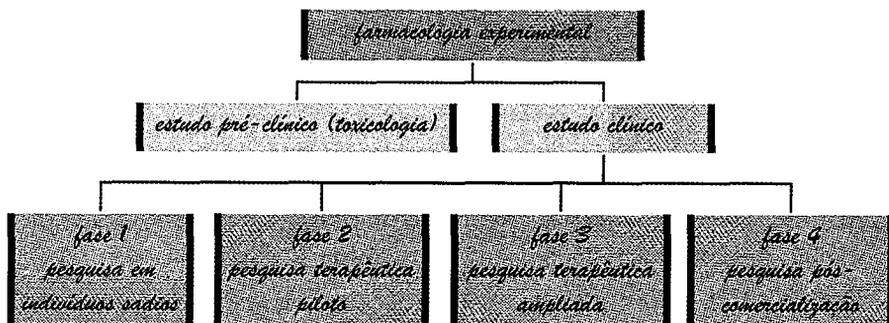


Figura 2. Farmacologia experimental do medicamento¹⁰.

A fim de verificar a segurança e a eficácia do possível medicamento fitoterápico, os estudos de toxicidade pré-clínica¹¹ objetivam fornecer informações confiáveis para subsidiar as pesquisas clínicas posteriores. Envolvem testes de toxicidade aguda, de

doses repetidas e genotoxicidade. Há também os estudos não clínicos¹², que verificam, além da toxicidade da dose, a toxicocinética da droga (administração, distribuição, metabolismo e excreção), requisitos para confirmar a segurança para o teste em humanos (estudo clínico).

Para realizar os testes pré-clínicos, alguns modelos animais são utilizados em virtude da comprovada resposta comportamental destes frente à droga administrada. Os testes são efetuados comparando-se o comportamento do animal sob o efeito da droga em estudo com o animal sob efeito de uma droga sintética considerada padrão no controle dos sintomas manifestados sobre o sistema nervoso central, respiratório e cardíaco, e quando necessário, sobre o sistema renal, nervoso autônomo, gastrintestinal, endócrino, imune e muscular esquelético¹¹.

Após verificada a segurança da droga nesses estudos, inicia-se a fase I do estudo clínico¹⁰, momento em que a droga é testada em indivíduos sadios (de 20 a 100 pessoas), voluntários, com o intuito de também verificar a segurança e a farmacocinética da droga nesses indivíduos.

A fase II tem o objetivo principal de demonstrar a eficácia da droga, por meio da sua atividade em indivíduos que apresentem uma determinada enfermidade ou condição patológica, realizado inicialmente com 100 a 200 pacientes. Após verificada sua efetividade (estudo piloto), amplia-se o grupo estudado para populações de múltiplos centros, sendo o mínimo de 800 pacientes (estudo ampliado). Nessa fase (Fase III), é possível estabelecer o perfil terapêutico do produto, com a indicação da droga, dose, via de administração, contraindicações, efeitos colaterais, vantagens terapêuticas quando comparado com drogas comerciais sintéticas já utilizadas para a condição clínica/patológica estudada e farmacoeconomia demonstrada.

A fase IV inicia-se após a aprovação pela ANVISA do produto para comercialização, critério necessário para verificar o aparecimento de novas reações adversas, confirmação das previstas e produção de novas formulações com paladar mais agradável ou maior facilidade de ingestão.

Potencialidades dos fitoterápicos

O Brasil incentiva o uso de plantas medicinais e fitoterápicos por meio de políticas de fomento à biotecnologia, na pesquisa e a produção de derivados naturais de plantas, como forma de consolidar a importância deste recurso alternativo nas questões de saúde.

Considerando diversa e pouco explorada, a flora brasileira detém inúmeras espécies vegetais que são investigadas e utilizadas para a confecção de cosméticos e alimentos, porém, ainda em baixa escala na produção de produtos terapêuticos. Como exemplo, as plantas aromáticas, cujas propriedades farmacológicas são observadas ao isolar seus óleos essenciais, são largamente utilizadas na indústria cosmética, devido ao seu agradável aroma, baixo custo e disponibilidade em diversos vegetais.

Contudo, os óleos essenciais também vêm sendo estudados quanto às suas possíveis propriedades antiinflamatórias, analgésicas, antioxidantes e outras. Resultante da extração, purificação e isolamento desses óleos, seus produtos, denominados hidrocarbonetos, constituem objeto de estudo de variados institutos e laboratórios de farmacologia no país e no exterior.

Esses hidrocarbonetos são classificados de acordo com o número de unidades isoprênicas formadoras, podendo ser hemiterpenos (C₅, 1 unidade isoprênica), monoterpenos (C₁₀, 2 unidades isoprênicas), sesquiterpenos (C₁₅, 3 unidades isoprênicas), diterpenos (C₂₀, 4 unidades isoprênicas) e politerpenos (C₅)_n. Os monoterpenos tendem a ser altamente voláteis e frequentemente constituem os componentes primários dos óleos essenciais¹³.

O Brasil possui atualmente 432 medicamentos fitoterápicos registrados na ANVISA¹⁴, sendo 36 destes com registro simplificado¹⁵, o que significa que medicamentos obtidos a partir dessas espécies vegetais, nas condições definidas em norma própria, não necessitam validar suas indicações terapêuticas e segurança de uso. São eles: castanha da índia (*Aesculus hippocastanum* L.), alho (*Allium sativum* L.), babosa (*Aloe vera* (L.) Burm f.), uva-ursi (*Arctostaphylos uva-ursi* Spreng.), arnica (*Arnica montana* L.), calêndula (*Calendula officinalis* L.), centela (*Centella asiatica* (L.) Urban), cimicífuga (*Cimicifuga racemosa* (L.) Nutt.), alcachofra (*Cynara scolymus* L.), equinácea (*Echinacea*

purpurea Moench), eucalipto (*Eucalyptus globulus* Labill.), ginkgo (*Ginkgo biloba* L.), alcaçuz (*Glycyrrhiza glabra* L.), hamamélis (*Hamamelis virginiana* L.), hipérico (*Hypericum perforatum* L.), camomila (*Matricaria recutita* L.), espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reiss.), erva-cidreira (melissa) (*Melissa officinalis* L.), hortelã-pimenta (*Mentha piperita* L.), guaco (*Mikania glomerata* Sprengl.), ginseng (*Panax ginseng* C. A. Mey.), maracujá (passiflora) (*Passiflora incarnata* L.), guaraná (*Paullinia cupana* H.B.&K.), boldo (*Peumus boldus* Molina), erva-doce (anis) (*Pimpinella anisum* L.), kava-kava (*Piper methysticum* G. Forst.), polígala (*Polygala senega* L.), cáscara sagrada (*Rhamnus purshiana* DC.), salgueiro branco (*Salix alba* L.), sabugueiro (*Sambucus nigra* L.), sene (*Senna alexandrina* Mill), saw palmetto (*Serenoa repens* (Bartram) J.K. Small), confrei (*Symphytum officinale* L.), tanaceto (*Tanacetum parthenium* Sch. Bip.), valeriana (*Valeriana officinalis* L.) e gengibre (*Zingiber officinale* Rosc.).

Em face desse contexto, e verificando-se que a utilização de plantas medicinais no Brasil vem sendo cada vez mais incrementada pela comercialização de medicamentos fitoterápicos industrializados, tornou-se necessário dedicar atenção especial também ao que se classifica como não medicamento fitoterápico, consistindo naquelas formas de uso de ervas em uso doméstico, sem nenhum preparo industrial.

Diante disso, a ANVISA, por meio da RDC 10/10¹⁴, estabeleceu como droga vegetal o produto natural que é obtido para o preparo de infusões, macerações ou decoções (ebulição da droga em água potável). Esses produtos não podem ser apresentados em forma de cápsulas, xaropes, drágeas, comprimidos ou outras formas que caracterizem um fitoterápico.

Ainda segundo a RDC 10/10, drogas vegetais podem ser comercializadas sem a exigência de prescrição médica, uma vez que se destinam ao combate de sintomas de baixa gravidade (doença autolimitante de evolução benigna), como dor, febre, náusea, gripes e resfriados, condições que tradicionalmente são tratadas pela população, sem orientação médica.

Embora não sejam consideradas medicamentos, as drogas vegetais também devem ser registradas na ANVISA antes de sua disponibilidade para comercialização, obedecendo a algumas exi-

gências técnicas, como: a embalagem deve ser padronizada, contendo o nome da droga e a informação de que este produto é indicado com base no seu uso tradicional, sem comprovação científica completa; as indicações terapêuticas devem vir precedidas da expressão “usado tradicionalmente no tratamento sintomático de...” e o nome do produto deve ser composto pela nomenclatura popular seguido pela nomenclatura botânica, além de outras observações importantes para o consumidor.

Drogas Vegetais		
Nomenclatura botânica	Nomenclatura popular	Alegações
Achillea millefolium	Mil folhas	Falta de apetite, dispepsia (perturbações digestivas), febre, inflamação e cólicas
Achyrocline satureioides	Macela ;Marcela; Marcela do campo	Má digestão e cólicas intestinais; como sedativo leve; e como antiinflamatório
Aesculus hippocastanum	Castanha-da-índia	Fragilidade capilar, insuficiência venosa (hemorróidas e varizes)
Ageratum conyzoides	Mentrasto, Catinga de bode	Dor articular (artrite, artrose), reumatismo
Allium sativum	Alho	Hipercolesterolemia, expectorante, antiséptico
Anacardium occidentale	Cajuzeiro	Diarréia não infecciosa,antiséptico, cicatrizante
Arctium lappa	Bardana	Dispepsia, diurético, antiinflamatório, antiséptico
Arnica Montana	Arnica	Trauma, contusão, torções, edema, hematoma
Baccharis trimera	Carqueja, Carqueja amarga	Dispepsia
Bidens pilosa	Picão	Icterícia
Calendula officinalis	Calêndula	Inflamações e lesões, contusões e queimadura
Caesalpinia ferrea	Jucá, Pau-ferro	Adstringente, cicatrizante, anti-séptico
Casearia sylvestris	Guaçatonga, Erva-de-bugre, Erva-de-lagarto	Dor, anti-séptico, cicatrizante tópico, dispepsia, gastrite e halitose
Cinnamomum verum	Canela, Canela-do-Ceilão	Falta de apetite, perturbações digestivas, flatulência, sensação de plenitude

Citrus aurantium	Laranja amarga	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave
Cordia verbenácea	Erva baleeira	Inflamação em contusões e dor
Curcuma longa	Curcuma, Açafoa, Açafrão da Terra	Dispepsia e antiinflamatório
Cymbopogon citratus	Capim santo, Capim limão, Capim cidró, Capim cidreira, Cidreira	Cólicas intestinais e uterinas. Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave
Cynara scolymus	Alcachofra	Dispepsia
Echinodorus macrophyllus	Chapéu de couro	Edemas e processos inflamatórios
Equisetum arvense	Cavalinha	Edemas
Erythrina verna	Mulungu	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave
Eucalyptus globulus	Eucalipto	Descongestionante nasal, adjuvante no tratamento de bronquite e asma
Eugenia uniflora	Pitangueira	Diarréia não infecciosa
Glycyrrhiza glabra	Alcaçuz	Tosses, gripes e resfriados
Hamamelis virginiana	Hamamélis	Inflamação da pele e mucosas. Hemorróidas
Harpagophytum procumbens	Garra do diabo	Dores articulares (artrite, artrose, artralgia)
Illicium verum	Anis estrelado	Expectorante
Justicia pectoralis	Chambá, Chachambá, Trevo-cumaru	Expectorante e broncodilatador
Lippia Alba	Erva-cidreira, Falas Erva-cidreira, Falsamelissa	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave. Cólica abdominal, distúrbio estomacal, flatulência, Digestivo, expectorante
Lippia sidoides	Alecrim-pimenta	Inflamação da boca e garganta, antiséptico
Malva sylvestris	Malva	Expectorante, Contusões e dos processos inflamatórios da boca e garganta
Matricaria recutita	Camomila	Cólicas intestinais. Quadros leves de ansiedade, como calmante suave, Contusões e processos inflamatórios da boca e gengiva
Maytenus ilicifolia	Espinheira santa	Dispepsia azia e gastrite. Coadjuvante no tratamento episódico de prevenção

		de úlcera em uso de antiinflamatório não esteroidais
<i>Melissa officinalis</i>	Melissa, Erva-cidreira	Cólicas abdominais. Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave
<i>Mentha x piperita</i>	Hortelã-pimenta	Cólicas, flatulência, problemas hepáticos
<i>Mentha pulegium</i>	Poejo	Expectorante. Estimulante do apetite, perturbações digestivas, espasmos gastrointestinais, cálculos biliares e colecistite
<i>Mikania glomerata</i>	Guaco	Gripes e resfriados, bronquites alérgica e infecciosa, como expectorante
<i>Momordica charantia</i>	Melão-de-São-Caetano	Dermatites e escabiose
<i>Passiflora alata</i>	Maracujá	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave
<i>Passiflora edulis</i>	Maracujá azedo	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave
<i>Passiflora incarnata</i>	Maracujá	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave
<i>Paullinia cupana</i>	Guaraná	Fadiga como estimulante
<i>Peumus boldus</i>	Boldo-do-chile	Dispepsia, como colágeno e colerético
<i>Phyllanthus niruri</i>	Quebra-pedra	Litíase renal: eliminação de cálculo renal pequeno
<i>Pimpinella anisum</i>	Anis, erva doce	Dispepsia, cólica gastrointestinal, expectorante
<i>Plantago major</i>	Tanchagem, Tansagem, Tranchagem	Inflamações da boca e faringe
<i>Plectranthus barbatus</i>	Boldo-nacional, Hortelã-homem, Falso-boldo, Boldo-africano	Dispepsia e hipotensão
<i>Polygala senega</i>	Polígala	Expectorante
<i>Polygonum punctatum</i>	Erva-de-bicho, Pimenteira-d'água	Varizes e úlceras varicosas
<i>Psidium guajava</i>	Goiabeira	Diarréias não infecciosas, anti-séptico
<i>Punica granatum</i>	Romã	Inflamações, infecções da mucosa da boca e faringe, antiinflamatório, anti-séptico
<i>Rhamnus purshiana</i>	Cáscara sagrada	Constipação intestinal eventual
<i>Rosmarinus officinalis</i>	Alecrim	Distúrbios circulatórios, anti-séptico e cicatrizante, dispepsia
<i>Salix Alba</i>	Salgueiro	Inflamação, dor e febre. Gripe e resfriado

		dos
Salvia officinalis	Sálvia	Inflamações da boca e garganta, gengivites e aftas, dispepsia e transpiração excessiva
Sambucus nigra	Sabugueiro	Gripe e resfriado
Schinus terebinthifolia	Aroeira-da-praia	Inflamação vaginal, leucorréia, hemostático, adstringente e cicatrizante
Senna alexandrina	Sene	Constipação intestinal eventual
Solanum paniculatum	Jurubeba	Dispepsia
Stryphnodendrom adstringens	Barbatimão	Lesões como cicatrizante e anti-séptico tópico na pele e mucosas bucal e genital
Taraxacum officinale	Dente de leão	Dispepsia, estimulante do apetite, diurético
Uncaria tomentosa	Unha-de-gato	Dores articulares (artrite e artrose) e musculares agudas, como antiinflamatório
Vernonia condensata	Boldo-baiano	Dor e dispepsia
Vernonia polyanthes	Assa-peixe	Bronquite e tosse persistente, dor muscular
Zingiber officinale	Gengibre	Enjôo, náusea e vômito da gravidez, de movimento e pós-operatório. Dispepsia

Figura 3: Drogas vegetais com registro na ANVISA ¹⁴.

Dessa forma, considerando a necessidade de contribuir para a construção do marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais a partir da experiência da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização, o Ministério da Saúde notificou 66 drogas vegetais para uso pela população¹⁴, o que representa um avanço no processo de aceitação das práticas já consagradas na cultura da medicina popular brasileira¹⁵.

Informações sobre a nomenclatura botânica e popular, partes que são utilizadas, formas de utilização, posologia e modo de usar, alegações terapêuticas, contraindicações e efeitos adversos, são elementos exigidos para o registro de uma droga vegetal, e constam no anexo das publicações da ANVISA. Essas exigências servem de parâmetro para instruir a população quanto ao uso adequado dessas ervas.

Riscos da fitoterapia no SUS

Acreditar que o uso de plantas medicinais e fitoterápicos não acarretam prejuízos à saúde humana por serem produtos naturais é uma condição impactante na utilização da fitoterapia no SUS, merecendo atenção por parte de todos os envolvidos com esta política, já que estudos denunciam reações adversas decorrentes do uso desses produtos em diversas indicações¹⁶. Seu uso indevido pode ocasionar problemas que englobam a ineficácia terapêutica (ausência da resposta desejada) e as reações severas, dependendo da forma de uso e da quantidade deste.

É valioso considerar que, muitas vezes, esses fitoterápicos são compostos de uma variedade de misturas de plantas, muitas desconhecidas sob o aspecto toxicidade. Outro fator a ser considerado é que ainda há a possibilidade do aparecimento de eventos que se relacionam à qualidade do produto, como contaminação no preparo, estocagem e uso inadequado¹⁶.

De maneira geral, os efeitos adversos decorrentes do uso de plantas medicinais podem ser agrupados em efeitos intrínsecos e extrínsecos. No primeiro grupo, encontram-se os casos de toxicidade por uso prolongado ou dose excessiva, interação com outros fármacos e reações idiossincráticas; no segundo grupo, situam-se as reações decorrentes de substituições, ausência de padronização na composição do fitoterápico, contaminação do produto, estocagem incorreta e rotulagem inapropriada¹⁶.

Dessa forma, também bastante importante a condução de estudos pré-clínicos que envolvem a administração em doses repetidas de forma subcrônica (90 dias) e crônica (120 dias) das plantas medicinais avaliadas durante o desenvolvimento de um fitoterápico.

Com o intuito de identificar precocemente a ocorrência de eventos indesejáveis dos produtos e reduzir seus riscos, a farmacovigilância tem sido uma ferramenta bastante útil no controle dos riscos inerentes ao uso de fitoterápicos e plantas medicinais, devendo ser implantada nos diversos serviços de saúde que dispõem fitoterápicos para a população.

Considerações Finais

A prática de utilizar plantas no tratamento de doenças é um recurso que vem aprimorando-se, de geração em geração. Considerar o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS significa um grande avanço nas práticas de saúde brasileiras, que levam em conta peculiaridades sociais, econômicas e culturais da população.

É imperativo que os profissionais de saúde do SUS estejam capacitados para a utilização oportuna dos fitoterápicos em suas comunidades. De igual modo, é necessário que o registro desses produtos esteja devidamente efetuado junto ao órgão federativo responsável, a fim de que os problemas relacionados sejam mais rapidamente detectados, registrados e solucionados. Com essas precauções, o uso de plantas medicinais e fitoterápicos poderá ser uma alternativa oportuna no campo da saúde coletiva.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados primários de saúde. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde - Alma-Ata, 1978. Brasília: Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
2. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS). Brasília, 2006.
3. Ministério da Saúde(BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fitoterápicos: marcos regulatórios atuais. V Simpósio Iberoamericano de Plantas Medicinais. Itajaí, 20/10/2010.
4. Almeida RN, Morais LCSL, Oliveira FS. Fitoterápicos em Psicofarmacologia. In: Sena EP, Miranda-Scippa AMA, Quarantini LC, Oliveira IR (org). *Irismar - Psicofarmacologia clínica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: MedBook Editora Científica Ltda, 2011.
5. Garcia MD, Fernandez MA, Alvarez A, Saenz MT. Antinociceptive and anti-inflammatory effect of the aqueous extract from leaves

- of Pimenta racemosa var. ozua (Mirtaceae). *J Ethnopharmacol*, 91: 69-73, 2004.
6. França ISX, Souza JA, Baptista RS, Britto VRS. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Bras. de Enf.*, 61(2): 201-8, 2008.
 7. Brasil. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos dá outras providências. Brasília, 2006.
 8. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 14, de 31 de março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Brasília, 2010.
 9. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 17, de 16 de abril de 2010. Dispõe sobre as boas práticas de fabricação de medicamentos. Brasília, 2010.
 10. Ministério da Saúde(BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Considerações e definições para Pesquisa Clínica. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/def.htm>. Acesso em: 22. jul 2011.
 11. Ministério da Saúde(BR). Resolução nº 90, de 16 de março de 2004. Determina a publicação da "Guia para a realização de estudos de toxicidade pré-clínica de fitoterápicos". Brasília, 2004.
 12. Ministério da Saúde(BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Avaliação de Segurança e Eficácia. Guia para a condução de estudos não clínicos de segurança necessários ao desenvolvimento de medicamentos. Brasília, 2010.
 13. McGarvey DJ, Croteau R. Terpenoid metabolism. *Planta Cell*. 7(7): 1015-26, 2005.
 14. Ministério da Saúde(BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 10, 10 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. Brasília, 2010.
 15. Ferreira VF, Pinto AC. A fitoterapia no mundo atual (editorial). *Química Nova*, 33(9): 1829-29, 2010.

16. Silveira PF, Bandeira MAM, Arrais PSD. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. Rev Bras Farmacogn, 18(4): 618-626, 2008.

Posfácio

Este livro é o resultado do esforço comum entre um grupo de pesquisadores que buscaram aprofundar reflexões teóricas e práticas no campo da Saúde Coletiva. Por isso, o leitor teve a oportunidade de tomar conhecimento do que foi aqui produzido e que eu chamo de promoção da saúde como promoção humana. **Porque chamar o que está descrito nesta obra de promoção da saúde como promoção humana?** Em minha compreensão é um debate necessário que os sujeitos sejam autônomos em sua essência. Para tanto, é imprescindível o conhecimento de seus direitos enquanto cidadãos e usuários do sistema de saúde, discussão que está posta nesta coletânea trazendo a possibilidade de vislumbrar a saúde nos diferentes contextos ao incorporar a promoção da saúde como elemento integrante do processo saúde-doença-cuidado.

Ao incorporar, ao longo dos capítulos, a promoção da saúde destacando sua importância para a saúde integral os autores apresentaram características que direcionam para a promoção humana, fato observado na discussão da formação dos profissionais da saúde que aponta como urgente e necessária a mudança no processo de formação rompendo com o modelo tecnicista e hospitalocêntrico.

A promoção da saúde como promoção humana trabalha ações concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisões, na definição de estratégias e na sua implementação, no intuito de conseguir melhoria nas condições de saúde. Outrossim, é necessário o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, de educação e de capacitação para que as pessoas se empoderem e possam ter o controle de seus próprios esforços, para o cuidado de si, do outro e do entorno. Assim, a promoção da saúde defende o empoderamento dos sujeitos tornando-os autônomos, gerando emancipação e mudança de comportamento de forma individual e coletiva.

Ao destacarem o valor da pessoa humana como sujeito, colocando o "indivíduo no centro do processo" os autores apresentam características da promoção da saúde como promoção

humana. Este livro trouxe grande contribuição a Saúde Coletiva brasileira ao agregar a promoção da saúde em diferentes áreas como saúde mental, puericultura, saúde do idoso, saúde bucal sendo primordial para o fortalecimento da Saúde Coletiva e da consciência crítica.

O texto nos permitiu uma visão conjunta, ampliada e atualizada de saberes e práticas em Saúde Coletiva, apontando a saúde, como condição e condicionante de realidades concretas de vida, para a qual a ciência pode ser uma aliada na melhoria da qualidade de vida da população mediante a valorização do ser humano, assim subentende-se a promoção da saúde como promoção humana, trazendo excelente contribuição para o conhecimento atual.

Maria do Socorro Vieira Lopes

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/FFOE/UFC
Professora adjunta da Universidade Regional do Cariri/URCA
Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - GRUPESC/URCA